FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

25

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 mai 1906 à 1 heure

Par **Augustin SAILLANT**

Ancien interne des hôpitaux de Paris

SIGMOÏDITES ET PERISIGMOÏDITES

ÉTUDE ANATOMIQUE ET CLINIQUE

Président : M. BERGER, *professeur.*

Juges : MM. GUYON et GILBERT, *professeurs.*
CARNOT, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. BERTON.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE, A MA SŒUR

A MA FAMILLE, A MES AMIS

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

A MES MAITRES EN CHIRURGIE

M. LE DOCTEUR MICHAUX

Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

INTERNAT.

M. LE DOCTEUR ROCHARD

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

INTERNAT.

M. LE DOCTEUR HERBET

Chirurgien des hôpitaux.

INTERNAT.

M. LE DOCTEUR F. LEGUEU

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

EXTERNAT.

M. LE DOCTEUR MARION

Professeur agrégé de la Faculté de médecine.
Chirurgien des hôpitaux.

EXTERNAT.

M. LE DOCTEUR MAYGRIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.
Accoucheur des hôpitaux.

INTERNAT.

A MES MAITRES EN MÉDECINE

M. LE DOCTEUR LE NOIR

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

INTERNAT.

M. LE DOCTEUR SEVESTRE

Membre de l'Académie de médecine.
Médecin de l'hôpital Bretonneau.

INTERNAT.

M. LE DOCTEUR GOURAUD

Médecin honoraire des hôpitaux.

EXTERNAT.

A MES MAITRES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

M. LE DOCTEUR RUAULT

Médecin honoraire de l'Institution nationale des Sourds-muets.

M. LE DOCTEUR CHATELLIER

Médecin de l'hôpital Saint-Joseph.

M. LE DOCTEUR BELLIN

Assistant du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Saint-Antoine.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR P. BERGER

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.
Membre de l'Académie de médecine.
Chirurgien des hôpitaux.

CHAPITRE I

Introduction et Historique.

Aujourd'hui comme en 1897 « l'appendicite règne comme une sorte de cauchemar sur le monde. Il n'est plus permis d'observer un fait d'engorgement du gros intestin en un autre point que l'appendice ; si même on observe une suppuration tout à fait lointaine, sur le trajet du gros intestin ce ne peut être que l'œuvre d'un appendice émigré en cette partie lointaine, sans qu'il soit du reste nécessaire pour personne de retrouver l'appendice coupable pour justifier cette hypothèse. L'appendice doit être la cause de tout (1). » Salles de médecine et de chirurgie regorgent d'ailleurs de malades qui, selon l'opinion de leur médecin, refroidissent leur lésion appendiculaire ou cicatrisent une incision faite à chaud.

La littérature médicale se ressent nécessairement de ce flot débordant d'appendicites : elles font presque

1. Lucas-Championnière. Appendicite et Typhlite. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1897.

seules les frais des discussions dans les sociétés savantes et les nouvelles éditions des traités classiques consacrent tant de pages à l'appendice qu'il n'en reste plus pour les autres lésions intestinales. La pathologie médico-chirurgicale de la portion d'intestin comprise entre le cæcum et le rectum n'existe presque pas; l'*S* iliaque surtout est délaissée des cliniciens, et c'est vainement que dans les livres classiques français on chercherait une étude des affections inflammatoires localisées à l'anse sigmoïde.

Assurément nous ne prétendrons pas que les sigmoïdites aient la fréquence ni l'importance des appendicites; pas plus que nous ne nierons l'existence des abcès appendiculaires gauches; mais nous prétendons qu'il est exagéré en présence d'un abcès de la fosse iliaque gauche de chercher immédiatement son point de départ dans un organe hôte normal de la fosse iliaque droite sans même songer à lui donner pour origine la portion d'intestin immédiatement voisine de la lésion suppurative.

Cette lacune des livres français nous a frappé au cours des recherches que nous avons entreprises avec notre Maître, M. le Dr Michaux, à propos de l'intéressante observation qu'il présentait récemment à la Société de chirurgie, et nous avons pensé faire œuvre utile en reconstituant, à l'aide des observations que nous avons pu rassembler, l'histoire clinique des sigmoïdites et périsigmoïdites.

Quelques travaux français un peu oubliés et plusieurs monographies étrangères nous guideront dans cette

étude. La bibliographie en sera courte, et nous n'aurons pas à remonter très loin pour arriver aux premiers travaux sur le sujet qui nous occupe.

En effet, Mayor de Genève le premier, en 1893, dénomma la Sigmoïdite et en fit une entité clinique analogue à la vieille typhlite si oubliée de nos jours; il apportait plusieurs observations caractéristiques de sigmoïdites simples ou compliquées d'abcès périsigmoïdien. Régnier, dans sa thèse de Lyon, exposa les idées de Mayor, mais en insistant sur la sigmoïdite, il laissa un peu de côté les inflammations périsigmoïdiennes. Lejars reprend la question en 1904 et, en deux colonnes de la *Semaine médicale*, il expose magistralement la question, distinguant une sigmoïdite avec périsigmoïdite bénigne, résolutive et une périsigmoïdite suppurée. Entre temps la question fait l'objet d'études de la part des cliniciens allemands. Nothnagel sépare nettement la sigmoïdite de l'entérocolite; Ewald, après l'avoir rejetée comme entité clinique, lui fait une place dans son livre; Boas en rapporte deux observations; Leub et Rosenheim en voient plusieurs cas et ce dernier écrit sur la sigmoïdite une longue étude, un peu diffuse dans le journal de Leyden et Klemperer. Enfin Bittorf, Zoga, Edlefsen, lui consacrent quelques pages.

A la Société médicale des hôpitaux de Paris, Galliard, en 1897, avait rapporté une très intéressante observation de sigmoïdite aiguë avec périsigmoïdite ; sa communication n'eut pas d'écho. Celle de notre Maître, le Dr Michaux, eut un sort plus heureux; grâce à elle la question a été portée à l'ordre du jour de la

Société de chirurgie et de toutes parts ont surgi des observations dont nous ferons notre profit

Et d'abord la discussion engagée devant cette société nous permettra de définir exactement ce qu'il convient d'entendre par sigmoïdite et périsigmoïdite.

Mais nous nous permettrons auparavant de faire un rapide exposé de l'anatomie de l'anse sigmoïde et de son méso.

CHAPITRE II

Anatomie de l'anse sigmoïde.

L'anse sigmoïde, encore désignée sous le nom de côlon pelvien, d'anse oméga, comprend cette portion mobile du gros intestin, intermédiaire à deux segments fixes, le côlon iliaque en haut, le rectum en bas.

Elle naît au niveau du bord interne du psoas iliaque gauche, là où finit le côlon iliaque et se termine, ainsi que Trèves l'a indiqué, au niveau du bord inférieur de la troisième vertèbre sacrée. Le même auteur a montré qu'aucun accident morphologique ne marquait sa naissance et que seul un sillon, tantôt circulaire, tantôt unilatéral, indiquait sa terminaison. Sa longueur est très variable ; on peut prendre comme moyenne 35 à 40 centimètres, le maximum étant 84 centimètres, 12 centimètres le minimum.

Sur le vivant comme sur le cadavre, l'anse sigmoïde nous apparaît sous l'aspect d'un tube presque uniforme, sans bosselures ni sillons ; il existe seulement des franges adipeuses et deux bandes longitudinales qui tendent déjà à s'éparpiller, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Chez l'adulte, l'anse sigmoïde occupe le bassin dans la très grande majorité des cas, 90 0/0, nous dit Jonnesco. Dans cette situation on la fait naître au niveau du bord interne du psoas, tantôt au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, tantôt quelques centimètres en avant. Elle descend alors, dès son origine, verticalement accolée à la paroi jusqu'au niveau du plancher pelvien ; elle se porte alors transversalement de gauche à droite, arrive au contact du flanc droit du petit bassin, et se porte enfin de haut en bas et de droite à gauche vers la ligne médio-sacrée, en regard de la troisième vertèbre où elle se termine. Elle présente ainsi trois portions, l'une verticale gauche, l'autre transverse, la troisième enfin oblique. C'est cette dernière portion que les classiques considéraient autrefois comme la partie supérieure mobile du rectum et que Trèves a rattachée à l'anse sigmoïde. Sabathier dans sa thèse a montré que son calibre était à ce niveau relativement étroit, et qu'elle était parfois le siège de certains rétrécissements d'origine congénitale.

L'anse sigmoïde présente également deux angles, deux coudures particulièrement importantes dans la pathogénie de certaines occlusions intestinales chez les vieillards. La première, gauche, est intermédiaire entre la première et la deuxième portion, en contact, dans la majorité des cas avec le plancher pelvien ; la deuxième droite, est intermédiaire à la deuxième et à la troisième portion, transverse et oblique.

Elle occupe ainsi normalement le petit bassin à l'état de vacuité ; mais à certains moments, elle peut en être

expulsée, énucléée pour ainsi dire, et prendre une situation nettement abdominale ou venir s'étaler au-dessus du petit bassin. C'est ainsi qu'elle peut être repoussée par une vessie trop distendue, un rectum bondé de matières fécales, un *utérus gravide*. D'autres fois même, l'anse distendue par les matières et les gaz, se trouve trop à l'étroit dans le petit bassin, et s'énuclée d'elle-même au-dessus. Mais cette situation n'est que passagère, et la cause de cette expulsion supprimée, l'anse sigmoïde vient reprendre sa place dans le petit bassin.

Pour Jonnesco, *la situation iliaque* de l'anse sigmoïde est rare, pour Merkel au contraire elle serait assez fréquente. Dans cette situation, elle naît à gauche du bord interne du psoas, au voisinage de la symphyse sacro-iliaque ; elle monte en haut, tantôt en avant, tantôt en dedans du côlon descendant, décrit une courbe à concavité inférieure, descend obliquement de haut en bas et de droite à gauche, et atteint le bord inférieur de la troisième sacrée. Dans certains cas l'anse remonte jusqu'à l'épigastre, dans d'autres elle atteint l'ombilic, enfin, et c'est le plus fréquemment, elle ne dépasse point l'hypogastre. Elle peut siéger chez certains sujets tantôt dans le flanc gauche, parfois dans le flanc droit.

Dans ces deux situations les rapports sont particulièrement simples.

En *position pelvienne,* nous avons en haut les anses grêles, en arrière la paroi sacrée ; en avant, la vessie chez l'homme, l'utérus, les ligaments larges chez la femme ; en bas, enfin, le cul-de-sac de Douglas. Ce

dernier rapport est particulièrement important puisque, dans certaines circonstances, le toucher vaginal pourrait nous renseigner sur l'état de l'anse sigmoïde et les modifications pathologiques qu'elle peut présenter (Dalché).

Si l'anse sigmoïde est en *position iliaque* elle entre le plus souvent en contact avec la paroi abdominale antérieure, à l'épigastre, à l'ombilic, à l'hypogastre. Plus rarement les anses grêles l'en séparent.

Sabathier a bien étudié l'anse sigmoïde chez le nouveau-né. A la naissance, elle présente deux portions, l'une abdominale, le bassin trop exigu se refusant à contenir une anse intestinale déjà distendue par le méconium et une portion pelvienne, cette dernière comprenant seulement la troisième portion de l'adulte.

Dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* (1), Huguier considère l'anse sigmoïde comme se dirigeant transversalement dans la fosse iliaque droite pour plonger ensuite dans le bassin et se continuer avec le rectum. C'est sur cette disposition anatomique qu'il se basait lorsqu'il proposait d'ouvrir l'anus dans la région iliaque droite dans les cas d'imperforation congénitale.

L'anse sigmoïde, mobile, est entourée par le *péritoine* dont les deux feuillets s'accolent au niveau de sa face postérieure de façon à constituer un méso en éventail, solide, largement étalé qui la réunit à la paroi, constituant le méso-sigmoïdien. Il présente deux bords,

1. Tome XXIV, page 43.

l'un pariétal, l'autre intestinal ; deux faces, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Le bord pariétal ou racine forme une ligne brisée à deux segments : l'un oblique en haut et en dedans, naissant au niveau du bord interne du psoas, longe le flanc gauche des vaisseaux iliaques externes, chevauche les vaisseaux spermatiques et l'uretère, chemine le long du flanc gauche de l'iliaque primitive et arrive au niveau du bord inférieur de la quatrième lombaire, au-dessous de la troisième portion de duodénum : c'est la racine secondaire sujette comme nous le verrons à certaines variabilités. L'autre est vertical, sur la ligne médiane du promontoire du sacrum jusqu'au bord inférieur de la deuxième sacrée : c'est la racine primitive dernière portion du « mesenterium commune ».

Le bord intestinal s'insère au niveau du bord postéro-inférieur du côlon, dont il suit les flexuosités.

La face supérieure est antérieure et superficielle. La face inférieure est postérieure et profonde, coiffant les viscères pelviens. La hauteur du mésosigmoïde est très variable, 2 centimètres au plus à ses deux extrémités, 12 à 15 dans sa portion moyenne.

Il est formé de deux feuillets séparés par une mince couche celluleuse dans laquelle cheminent les vaisseaux et les nerfs. Le feuillet supérieur se continue en haut avec le feuillet antérieur du mésocôlon descendant. Le feuillet inférieur se réfléchit au niveau des deux racines dans le péritoine pariétal.

Si l'on attire l'anse et le méso en haut et en avant, on aperçoit facilement l'orifice de la fossette sigmoïde,

orifice limité par l'angle que forment les deux segments de la racine, en dedans du bord interne du psoas, en avant de la bifurcation de l'iliaque primitive et de l'uretère tapissés par le péritoine pariétal. Arrondi ou ovalaire il admet dans la majorité des cas deux ou trois doigts. Cet orifice donne accès dans la fossette sigmoïde dont le fond s'arrête au niveau de la bifurcation de l'aorte, dont la face antérieure est formée par l'anse sigmoïde et son méso, la face postérieure par la paroi pelvienne avec l'uretère et les vaisseaux iliaques et dont les deux bords correspondent aux deux racines, primitive et secondaire, que nous avons étudiées.

Quelques replis péritonéaux réunissent dans certains cas l'anse sigmoïde à la paroi ou aux organes voisins.

Le ligament colo-iliaque ou colo-pelvien, triangulaire, prolonge la racine secondaire, se détache du feuillet postérieur du mésocôlon et s'insère sur la paroi. *Le ligament infundibulo-colique* ou tubo-colique triangulaire se détache de la trompe ou du ligament large ; il revêt une certaine importance, car il rend solidaires les annexes et le côlon, et on peut le comparer au ligament appendiculo-ovarien que Clado a décrit. Le mésentérium mésocolique réunit le mésocôlon au mésentère et jouerait pour certains auteurs un rôle capital dans le volvulus du côlon pelvien.

Schiefferdeeker, Claudius Von Samson et plus récemment Quénu et Duval ont insisté sur deux facteurs qui contribuent à modifier la forme et l'étendue du mésocôlon.

1° Le niveau de l'attache pariétale de la racine secondaire ;

2° La longueur de l'anse intestinale.

En effet ces auteurs ont parfaitement montré que si l'accolement à la paroi du mésentère terminal ne se poursuit pas très bas, il en résulte que la racine primitive est longue et la racine secondaire haute. Le mésocôlon présente alors une grande hauteur. Dans le cas contraire la racine primitive est courte, le fond de la fossette ne s'élève guère au-dessus du promontoire, le mésocôlon est bas. D'autre part une anse courte réunit directement les deux extrémités ; une anse longue plonge dans le petit bassin. Il en résulte que si l'anse est longue, la racine secondaire haute, l'anse sigmoïde sera facilement relevée en haut, la fossette sera largement découverte ; si l'anse est longue, mais la racine secondaire basse, l'anse sera relevée difficilement et la fossette incomplètement découverte. Enfin, si l'anse est courte, que la racine secondaire soit haute ou basse, le relèvement sera impossible, et l'on ne pourra aborder les organes sous-jacents, l'hypogastrique et l'uretère en particulier, qu'à travers le méso.

A l'angle supérieur du méso, l'artère mésentérique supérieure se divise en ses branches terminales qui s'éparpillent entre les deux feuillets :

La sigmoïdienne gauche chemine au niveau de la racine secondaire ; la sigmoïdienne moyenne au niveau de l'axe, la sigmoïdienne inférieure au niveau de l'extrémité inférieure du méso.

Les trois artères se divisent et se subdivisent dans le méso avant d'aborder l'anse par leurs dernières ramifications. L'hémorroïdale enfin chemine dans l'épaisseur de la racine primitive.

Les veines sont satellites des artères et sont collectées par la mésentérique inférieure tributaire de la veine porte.

Les lymphatiques au niveau de l'anse sigmoïde, comme au niveau du gros intestin, forment quatre plexus superposés, l'un muqueux formant un réticulum serré difficile à injecter, l'autre sous-muqueux, le troisième moins riche intra-musculaire ; ces lymphatiques en définitive se jettent dans un quatrième plexus sous-séreux, d'où émanent des troncules qui traversent tout d'abord de petits ganglions satellites des rameaux artériels et aboutissent en définitive à la chaîne ganglionnaire des vaisseaux mésentériques inférieurs.

CHAPITRE III

Définition. Étiologie. Pathogénie.

Cette étude anatomique était nécessaire pour bien montrer la région occupée par l'anse sigmoïde, se rendre compte de la mobilité de cette partie de l'intestin et des rapports qu'elle affecte spécialement avec les organes du petit bassin chez la femme. Cette dernière considération va nous être particulièrement précieuse dans le chapitre étiologique que nous entreprenons.

La *sigmoïdite* est l'inflammation essentielle de l'*S* iliaque ; cette inflammation peut rester localisée aux tuniques intestinales ou s'étendre au tissu cellulaire et au péritoine environnant déterminant des *périsigmoïdites* qui, selon les cas, seront adhésives ou suppurées. D'autre part, autour de l'anse sigmoïde, par suite de communications lymphatiques peuvent se développer des phlegmons qui prennent leur origine dans des organes voisins atteints de lésions suppuratives : ce sont les *périsigmoïdites propagees, extra-intestinales* par opposition aux *périsigmoïdites nées sur place, intestinales.*

Quels facteurs étiologiques et pathogéniques président à la constitution de ces diverses lésions inflammatoires ?

Et d'abord avec Nothnagel nous devons insister sur ce point que la sigmoïdite est une entité clinique indépendante de l'entérite diffuse, c'est-à-dire de l'entérocolique muco-membraneuse dont elle n'est pas une manifestation partielle.

En revanche la *constipation* se retrouve presque toujours : Mayor, Régnier, Lejars insistent à juste titre sur sa valeur étiologique. C'est que par suite de ses dispositions anatomiques l'*S* iliaque est particulièrement intéressée dans les cas de coprostase. Sa longueur, sa mobilité, ses coudures la prédisposent à la stase fécale : d'autre part Curschmann (1) a bien montré qu'une longue anse, mobile dans le ventre, coiffée des replis grêles qui lui forment un coussin élastique, ressentait beaucoup moins l'influence des contractions de la paroi abdominale qu'une petite anse rattachée par un court méso aux parois du bassin. Aussi Mayor fait-il jouer à l'anse sigmoïde le rôle régulateur de la défécation. « Il est facile de se rendre compte de la réalité de cette fonction, en observant les personnes qui possèdent la régularité de la selle matinale. Au réveil le besoin de défécation n'existe généralement pas ; il apparaît après quelques instants, les vomissements péristaltiques qui se sont accentués ayant chassé jusque dans le rectum les matières fécales retenues plus haut. Chez certains

1. *Deutsches, Archiv. f. Klin méd.*, Bd 53.

individus, une première selle expulsée aussitôt au réveil, est suivie d'une seconde à un quart d'heure ou à une demi-heure de distance : ici, l'*S* iliaque avait déjà envoyé une partie de son contenu au rectum ; celui-ci vidé, elle s'est déchargée définitivement amenant une seconde fois le besoin de la défécation. »

L'anse sigmoïde est donc un lieu d'élection pour l'accumulation anormale des matières fécales. S'ensuit-il qu'on doive admettre une *sigmoïdite stercorale*, c'est-à-dire une sigmoïdite ayant uniquement pour point de départ l'accumulation de matières fécales ? La question a été maintes fois agitée à propos de la typhlite stercorale admise par Menière (1), rejetée par Munchmeyer (2) et Béhier (3). Nous partageons l'avis de ces derniers : les matières accumulées jouent simplement vis-à-vis de la muqueuse un rôle irritatif, elles déterminent d'abord de l'hyperémie, puis de véritables lésions ulcératives à la faveur desquelles les microorganismes, dont la virulence est exaltée par la stase, pénètrent les parois intestinales.

On conçoit que le passage soit rendu plus facile quand une dysentérie, une colite muco-membraneuse antérieures ou des parasites intestinaux ont déjà altéré la muqueuse. On conçoit, également que toute circonstance susceptible de favoriser la coprostase mérite d'être prise en considération : vie sédentaire, manque

1. *Archiv. de Médecine*, 1827.
2. *Deutsch Klinische*, 1860, p. 43.
3. *Clinique de la Pitié*, 3 juin 1867.

d'exercice, alimentation riche et copieuse, etc. La grossesse, qui peut modifier la situation de l'anse sigmoïde et détermine si souvent une constipation marquée, mérite une citation spéciale : nous verrons tout à l'heure l'importance de la puerpéralité dans l'étiologie de la périsigmoïdite.

En somme *irritation locale, et infection consécutive peuvent résumer la pathogénie de la sigmoïdite.*

Celle de la plupart des périsigmoïdites en découle naturellement. Les tuniques intestinales infectées, deux voies s'ouvrent aux agents infectants pour envahir le péritoine voisin : l'envahissement peut se faire par *continuité* ou par la *voie lymphatique.* La muqueuse intestinale adultérée laisse passer les microbes qui, sans obstacle, traversent les autres tuniques et arrivent au péritoine ; parfois, secondairement, la porte devient plus large, une *ulcération* met en communication directe la lumière intestinale et un péritoine qui, heureusement, a eu le temps d'opposer une barrière pseudo-membraneuse aux produits de l'infection.

La voie lymphatique serait pour beaucoup d'auteurs la plus souvent employée. Les riches réseaux lymphatiques que nous avons décrits dans les parois de l'*S* iliaque sont des voies toutes trouvées pour véhiculer l'infection dans le tissu cellulaire, le péritoine voisins et même à distance.

Nous n'insistons pas sur cette pathogénie commune à toutes les infections à point de départ intestinal. Elle n'explique d'ailleurs qu'une partie des périsigmoïdites.

Se basant, en effet, sur son observation où se trou-

vent réunies la symptomatologie complète de la périsigmoïdite suppurée et la preuve anatomique que la suppuration périsigmoïdienne ne s'accompagnait pas de lésions du côlon pelvien mais bien d'un abcès de l'ovaire, notre Maître, M. Michaux, a émis l'opinion que *c'est le siège et non la cause de l'inflammation qui doit régir l'étiquette de la périsigmoïdite.* Le phlegmon qu'il a ouvert était accolé au côlon pelvien qu'il soulevait comme soulèvent le cœcum bon nombre de périty-phlites suppurées ; d'autre part, la malade avait présenté les troubles digestifs habituels de la périsigmoïdite suppurée. Comment ne pas désigner sous le nom de périsigmoïdite ce phlegmon qui cependant n'avait pas son origine dans une altération de l'anse sigmoïde ?

Et du coup se trouve créée une nouvelle classe de périsigmoïdites qu'on peut désigner sous le nom de *périsigmoïdites propagées* ou *extra-intestinales,* termes qui nous paraissent préférables à celui de périsigmoïdites secondaires.

Des conséquences extrêmement importantes vont en découler.

La pathogénie de nombre de périsigmoïdites survenant chez les accouchées ou les femmes atteintes de lésions des annexes s'éclaire singulièrement. Pour expliquer ces périsigmoïdites si fréquentes, au dire d'Edlefsen, pendant la puerpéralité, il n'est plus besoin d'invoquer des lésions hypothétiques de l'*S* iliaque, lésions qu'aucun examen histologique n'a pu montrer puisque tous les sujets ont guéri ; il suffit à présent de

se rappeler l'existence possible, d'ailleurs inconstante, du ligament péritonéal *infundibulo-colique* ou tubo-colique, qui réunit à gauche le côlon à la trompe ou au ligament large comme, à droite, le ligament appendiculo-ovarien réunit l'ovaire à l'appendice, les rendant solidaires. A son défaut, une autre voie existe, qu'a suivie l'infection dans le cas rapporté par M. Michaux : c'est la voie des *lymphatiques de l'ovaire*. Ces lymphatiques suivent un trajet tangent au méso-sigmoïdien en croisant l'uretère et la face antérieure du psoas pour aller plus haut écorner le pôle inférieur du rein avant de gagner le relai ganglionnaire pré-aortique (1). On comprend avec quelle facilité pourra, par cette voie, être envahi le tissu cellulaire qu'englobe entre ses deux lames le méso-sigmoïdien.

Et alors une déduction s'impose : c'est au groupe des périsigmoïdites propagées et non pas à celui des périsigmoïdites nées sur place, qu'appartiennent les observations de Galliard, de Lejars, de Clamonse, et d'une façon générale toutes les périsigmoïdites qui accompagnent ou suivent immédiatement une inflammation génitale chez la femme.

Bien plus, chez l'homme, les lymphatiques émanés des testicules et probablement ceux des vésicules séminales ont un trajet identique à celui des lymphatiques ovariens : ils vont finir dans les trois ou quatre ganglions du groupe juxta-aortique gauche qui s'étagent en dessous des vaisseaux rénaux.

1. Marcille. *Lymphatiques et ganglions pelviens*. Th. Paris, 1902.

Si nous rappelons en outre que le méso-sigmoïdien, au niveau de sa racine secondaire, enjambe le canal uretéral dont les lymphatiques, d'ailleurs peu connus, se rendent aux ganglions voisins, on voit que de nouveaux et multiples facteurs pourront entrer en ligne dans l'étiologie des périsigmoïdites propagées. Malheureusement le temps nous a manqué pour approfondir nos recherches dans ce sens.

Nous tenons toutefois à bien mettre en évidence l'importance de la communication de M. Michaux qui a permis de rattacher à leur pathogénie véritable nombre de périsigmoïdes mal cataloguées et qui, de plus, a ouvert le champ à des investigations nouvelles.

En résumé, sans insister sur les questions d'âge ni de sexe, qui nous semblent sans importance, nous pouvons expliquer de la façon suivante la pathogénie de l'affection que nous allons décrire : à l'origine de la plupart des sigmoïdites on retrouve la constipation qui détermine au niveau du côlon pelvien des lésions irritatives à la faveur desquelles l'infection envahit les tuniques intestinales; les lésions peuvent se cantonner à l'intestin, mais par continuité ou par la voie lymphatique, l'infection peut s'étendre au péritoine voisin donnant lieu à des périsigmoïdites d'origine intestinale ; le même péritoine périsigmoïdien peut encore être envahi, les voies lymphatiques aidant, par des infections parties de l'appareil génital chez la femme, parties aussi, l'avenir le montrera, de l'appareil génital chez l'homme et des voies urinaires supérieures dans les deux sexes (périsigmoïdites propagées).

Il nous resterait, pour être complet, à faire une étude ANATOMO-PATHOLOGIQUE des lésions intestinales de la sigmoïdite et à exposer celles que l'on trouve dans les diverses variétés de périsigmoïdites.

Ces lésions rappelleraient de trop près celles qu'on rencontre dans les typhlites et périty phlites pour présenter quelque intérêt ; nous ne pourrions d'ailleurs les décrire qu'en nous servant des travaux parus à ce sujet sur les inflammations du cœcum, car aucun examen anatomique de sigmoïdite ou périsigmoïdite n'a été fait, si nous exceptons le cas de M. Michaux.

Même silence, dans toutes les observations, sur la question BACTÉRIOLOGIQUE que nous sommes obligé de laisser aux soins de nos successeurs.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

Sigmoïdite simple.

Le point de départ nous semble difficile à fixer entre la sigmoïdite pure et la simple constipation iliaque. Nous avons vu qu'il existait des constipés iliaques comme il existe des constipés du rectum et on ne peut vraiment dire qu'il s'agisse d'une sigmoïdite chaque fois qu'à la palpation du ventre on trouve des masses fécales encombrant le côlon pelvien ; il est vraisemblable que chez ces constipés habituels, chez ces gens où un examen répété de la fosse iliaque gauche révèle constamment des tumeurs stercorales occupant la portion terminale du gros intestin flottant, il existe des lésions des tuniques intestinales qui déterminent une véritable sigmoïdite. Le professeur Pozzi rapportait, au XIII[e] congrès de l'Association française de chirurgie, l'observation d'un jeune homme de seize ans qui présentait une tumeur stercorale occupant la portion inférieure de l'anse oméga et la portion supérieure du rectum; l'entérotomie large permit l'extraction d'envi-

ron 750 grammes de matières fécales dures comme pierre, et l'on dut procéder au plissement du segment intestinal trop large pour éviter autant que possible la reproduction de la stase stercorale à ce niveau. L'examen histologique eût probablement ici révélé des altérations des tuniques intestinales, et l'observation pourrait être rangée dans le cadre des sigmoïdites.

Quoi qu'il en soit nous allons voir que la sigmoïdite simple se traduit par un ensemble de symptômes qui permettent de la caractériser : tumeur, douleur, phénomènes intestinaux et généraux.

Il s'agit d'ordinaire de malades chez qui l'affection s'établit d'une façon lente et progressive. Depuis longtemps ils éprouvent des douleurs passagères dans la fosse iliaque gauche ; les selles sont irrégulières, pénibles et les laxatifs usuels sont successivement employés ne ramenant que des matières dures et ovillées. Puis aux douleurs passagères succède une sensation de pesanteur abdominale constante ; la constipation devient opiniâtre, l'appétit fait défaut, l'amaigrissement apparaît et c'est alors qu'on voit les malades.

La *douleur* est d'intensité variable, permettant aux malades de vaquer à leurs occupations journalières ou les forçant à garder le lit ; elle est, en tous cas, exagérée par la marche et le mouvement : l'officier de Sieur ne pouvait plus monter à cheval, le médecin de Mayor fut obligé d'entrer chez un client et de s'y reposer assez longtemps.

La localisation est assez précise. Elle occupe la totalité ou une partie de la fosse iliaque gauche, limitée en

haut par une ligne qui réunit les deux épines iliaques antérieures et supérieures, à droite par la ligne médiane ; en bas elle descend jusque derrière la vessie.

La pression du ventre l'exagère, mais il faut ici une pression profonde, conduisant la main jusque sur la tumeur iliaque.

Cette palpation est d'ailleurs facile, car le *ventre* est souple, facilement dépressible et ne présente pas de météorisme.

La *tumeur iliaque* a un volume variable : il s'agit d'ordinaire d'un boudin cylindrique, sans bosselures appréciables, large de deux ou trois travers de doigt, à limite supérieure précise, le bout inférieur du cylindre se perdant dans le petit bassin. Ce cylindre stercoral est *mobile* dans tous les sens et on peut le déplacer du promontoire jusqu'à la limite externe de la fosse iliaque. Souvent la palpation permet de sentir en même temps des scybales dans le côlon transverse et ascendant.

Régnier, dans sa thèse, propose d'appliquer à la recherche de la tumeur iliaque le procédé qu'enseignait Glénard pour la palpation de la typhlite stercorale. « Le procédé consisterait alors à déprimer la paroi abdominale suivant une ligne verticale parallèle à l'*S* iliaque et située en dehors de son siège présumé, puis à faire glisser la ligne de compression sur les plans sous-jacents de dehors en dedans et de dedans en dehors. Cette manœuvre permet d'accrocher les bords de l'organe malade et de reconnaître l'existence d'une tumeur qui, par le mode de palpation habituelle, resterait ignorée. »

La tumeur est mate ou submate à la percussion ; la présence de liquides et de gaz dans l'*S* iliaque distendue pouvant, dans certains cas, donner lieu à un son hydroaérique. Point extrêmement important pour le diagnostic, l'évacuation des matières fécales par un purgatif ou un lavement n'amène pas de modifications notables dans la forme ni le volume de la tumeur ; elle garde toujours sa forme boudinée, conserve des limites sensiblement identiques, tout au plus peut-elle devenir un peu plus élastique et moins mate. Preuve qu'elle n'est pas constituée seulement par l'accumulation des matières fécales, mais que les parois intestinales ont subi une infiltration de produits inflammatoires qui a considérablement augmenté leur épaisseur.

La *rectoscopie*, généralement ignorée en France, de pratique courante en Allemagne, permet de se rendre compte de ces lésions. Le tube rectoscopique est introduit jusqu'à la limite supérieure du rectum, à 15 ou 20 centimètres et au delà ; avec un peu d'habitude et en procédant lentement, on peut arriver beaucoup plus haut et atteindre comme dans les observations de Rosenheim, 30 et 33 centimètres. On constate alors, dans les cas de sigmoïdite simple, des lésions minimes de la muqueuse ; il existe toutefois une différence très nette de coloration entre la muqueuse rectale et celle du côlon pelvien ; cette dernière est d'un rouge plus ou moins vif, nettement hyperémiée et le tube rectoscopique y provoque facilement de petites hémorragies ; dans l'observation de Rosenheim, rapportée plus loin, il existait de place en place des taches rouge sombre

de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes et de petites pertes de substance avec lésions inflammatoires ; mais généralement, dans ces cas de lésions marquées, la sigmoïdite est accompagnée de périsigmoïdite.

Si le tube avait quelque difficulté à pénétrer jusqu'à l'anse on pourrait, pour le faire progresser plus aisément, recourir à l'*insufflation* de l'intestin. Ce procédé permettrait en outre de constater que l'anse sigmoïde est devenue beaucoup moins extensible que les autres portions de l'intestin ; alors que les côlons descendant, transverse et ascendant et le cœcum lui-même viennent se dessiner sous la peau, le côlon pelvien n'est guère plus appréciable qu'avant l'insufflation, et, sa sonorité n'augmente pas sensiblement.

Le *toucher rectal* est négatif ; et quoi qu'en ait dit Dalché, dans aucune des observations on n'a signalé de renseignements fournis par l'examen vaginal.

Nous avons dit que des troubles intestinaux et des phénomènes généraux accompagnaient d'ordinaire l'évolution de la sigmoïdite.

La *constipation* est opiniâtre ; bien que les malades soient généralement des constipés habituels, ils ont, au moment de la crise, des selles beaucoup plus rares et plus pénibles ; ils restent trois ou quatre jours, huit jours sans aller à la garde-robe ; les gaz persistent, mais leur émission est rare et s'accompagne, comme d'ailleurs l'émission des matières, d'une sensation douloureuse dans la région iliaque. Chez un des patients à qui Rosenheim pratiqua l'insufflation l'évacuation de l'air

fut très lente et s'accompagna de douleurs au niveau de l'*S* iliaque malade.

Les selles n'ont rien de bien caractéristique ; dures, compactes, souvent en petites boules qui tombent au fond de l'eau, elles peuvent renfermer un peu de sang rouge, signe de lésions hyperémiques de la muqueuse. Les glaires y font généralement défaut ou ne s'y trouvent qu'en petite quantité. La sigmoïdite, comme le fait remarquer Nothnagel, n'étant pas une manifestation partielle de l'entérite diffuse.

L'*appétit* a généralement disparu. La *langue* est chargée, saburrale. Les *vomissements* sont rares dans cette forme, et la *fièvre* fait défaut. Mais il existe une sensation de faiblesse et de malaise général ; de plus, l'*amaigrissement* survient vite, les malades, à cause de la constipation et des douleurs intestinales, diminuent, puis suppriment peu à peu toute alimentation.

Formes et évolution. — Il importe d'ailleurs, tant au point de vue de l'intensité des symptômes que de l'évolution, de distinguer deux formes de sigmoïdite simple, la sigmoïdite aiguë et la sigmoïdite chronique.

Dans la *forme aiguë*, les signes généraux peuvent prendre assez d'intensité pour faire croire à un embarras gastrique fébrile. La scène s'ouvre par des nausées, rarement des vomissements ; la langue est sale ; la fièvre peut atteindre 38°5 ; la constipation est coupée de débacles diarrhéiques ; le ventre souple est très douloureux dans la fosse iliaque gauche où l'on trouve la tumeur en boudin caractéristique.

Quelques cataplasmes chauds, des lavements, ou une

purgation prudemment administrés, ont vite raison de ces symptômes alarmants et, en quatre ou cinq jours, la maladie tourne court.

Dans la *forme chronique*, la constipation, la douleur et la tumeur iliaques sont les seuls symptômes appréciables. Malheureusement, ces symptômes sont peu intenses, le malade y prête peu d'attention et laisse s'installer au niveau de son anse sigmoïde des lésions profondes qui retentiront un jour ou l'autre sur le tissu cellulaire et le péritoine environnants.

CHAPITRE V

Périsigmoïdites.

Périsigmoïdite adhésive

Il ne faudrait pas croire cependant que la périsigmoïdite soit toujours et nécessairement précédée des symptômes de la sigmoïdite chronique. D'emblée elle peut s'installer, restant suivant les cas au stade de périsigmoïdite adhésive, résolutive, ou passant à la suppuration ; le tissu cellulaire et le péritoine pelviens sont alors envahis et répondent par des manifestations qui viennent s'ajouter aux phénomènes habituels de la sigmoïdite aiguë.

Le malade était jusque-là en parfaite santé ou présentait une inflammation chronique de l'S iliaque ; tout à coup, sans cause appréciable, il est pris brusquement ; une douleur s'est déclarée en un point de l'abdomen et s'est vite généralisée à tout le ventre ; les frissons et la fièvre apparaissent, les vomissements arrivent et les selles se suppriment.

La douleur a des caractères et une intensité qu

varient suivant les cas, mais elle est constante. Diffuse au début, elle consiste en coliques plus ou moins vives, en tranchées qui ont leur maximum à gauche ; puis elle se localise dans la fosse iliaque ; continue, sans exacerbations spontanées, la douleur est augmentée par la pression qui lui donne un caractère incisif : l'approche de la main, l'ébranlement du lit, le poids des couvertures la réveillent. Et avant que la glace n'ait apaisé les phénomènes douloureux, toute palpation de la région est impossible.

Le décubitus dorsal est la position la plus habituelle, et, dans plusieurs observations, nous trouvons signalée la flexion de la cuisse gauche sur le bassin.

Au bout de quelques jours, par l'emploi de cataplasmes chauds ou de réfrigérants, à la suite d'évacuation des matières fécales, la douleur se calme graduellement et permet une palpation profonde de l'abdomen.

La *tumeur* iliaque devient alors nettement appréciable, extrêmement douloureuse à la pression; elle peut se présenter sous divers aspects. Le plus souvent elle forme une masse cylindrique, allongée, régulière, un véritable boudin, de longueur et de volume variables, dur, rénitent, qui n'a ni la consistance pâteuse des matières fécales, ni la fluctuation d'un abcès. D'autres fois, il s'agit d'une masse arrondie, du volume du poing, d'une orange ou d'un gros citron. Elle est *mobile* dans tous les sens, mais surtout transversalement. Parfois cependant, la mobilité est moins marquée et même la tumeur est absolument *fixe*. La percussion à son niveau dénote une matité franche.

Pendant toute la durée de la maladie, elle conserve ces mêmes caractères ; puis elle devient moins sensible, diminue peu à peu, mais souvent, après des mois entiers, elle n'a pas complètement disparu.

Le *ventre* au début est tendu et ballonné ; il existe du côté gauche une « défense » de la paroi analogue à celle qu'on rencontre à droite dans l'appendicite. L'ongle rapidement promené à la surface de la fosse iliaque n'y provoque pas la contraction musculaire réflexe qu'il réveille à l'état normal.

Les *symptômes généraux* et *digestifs* sont d'intensité variable. La langue est blanche, étalée, assez souvent sèche. L'appétit est nul.

Les *nausées* sont fréquentes et des *vomissements* se montrent d'abord alimentaires, puis bilieux et porracés. Le hoquet n'a pas été signalé.

La *constipation* peut revêtir tous les degrés ; rarement absente et remplacée alors par des selles diarrhéiques, elle est d'ordinaire complète pour les matières et les gaz et persiste plusieurs jours.

La *fièvre* est élevée, 39° à 40°5, accompagnée de frissons ; elle n'a pas de courbe régulière et sa marche suit celle des phénomènes généraux. Le pouls est fréquent, à 110 ou 120.

Évolution de la périsigmoidite résolutive. — Ainsi constituée la maladie peut évoluer vers deux terminaisons : la résolution ou la suppuration. La marche vers la résolution est marquée, vers le septième ou le huitième jour, par des évacuations abondantes de matières fécales ; la fièvre tombe, le ventre s'assouplit, la tumeur

iliaque diminue de volume et devient moins douloureuse. Peu à peu l'alimentation est reprise et le malade peut se lever.

Mais la tuméfaction iliaque persiste longtemps : après six semaines, deux mois et plus elle était perceptible chez les malades de Rosenheim et de Mayor.

Comme le fait remarquer Paulier dans sa thèse sur la typhlite et périty phlite, la persistance de cette tumeur est loin d'être indifférente. « Après la guérison d'une pelvi-péritonite chez la femme il est fréquent d'observer à la suite de fatigue ou d'excès une réapparition de l'inflammation. Tout le monde connaît ces phlegmasies à répétition. Dans la périty phlite (péri-sigmoïdite) les lésions se rapprochent beaucoup de celles de la pelvi-péritonite. Il est donc assez naturel de trouver comme dans cette maladie des *rechutes* fréquentes. C'est en effet ce qui a lieu. Lorsque les douleurs ont disparu, les malades confiants dans leur guérison prennent des aliments d'une façon immodérée, se livrent à quelque imprudence, ou se remettent au travail alors que la tuméfaction n'a pas disparu de la fosse iliaque ; aussi les symptômes reparaissent-ils ; le ventre se tend, la fosse iliaque redevient sensible et la tuméfaction peut même reprendre son volume primitif. La maladie recommence. » L'époque de ces récidives est variable : au sixième jour dans l'observation de Bittorf ; deux récidives dans l'année qui suivit la crise chez la malade de Stern et de Rosenheim ; après deux mois chez celui de Monod. En aucun des cas que nous avons eus sous les yeux ces récidives n'ont présenté de gravité.

Périsigmoïdites suppurées

Au lieu de se résorber, la périsigmoïdite peut évoluer vers la suppuration. Ce stade suppuratif peut d'ailleurs s'établir de plusieurs façons : il peut être la suite d'une inflammation périsigmoïdieune adhésive; d'emblée la suppuration peut s'établir autour d'une anse sigmoïde malade; enfin il peut s'agir d'une périsigmoïdite propagée. Tout en nous réservant de revenir sur les quelques caractères spéciaux à chacune de ces variétés pathogéniques, nous pourrons en un même chapitre étudier leur symptomatologie commune.

Les symptômes du début sont ceux d'une périsigmoïde aiguë banale. Mais au septième ou huitième jour les phénomènes généraux ne subissent pas d'accalmie. La fièvre reste élevée, le malade a des sueurs, parfois un peu de subdélire; son visage est pâle, terreux, ses yeux excavés.

Les *douleurs* iliaques sont plus aiguës, lancinantes, et c'est dans cette forme surtout qu'on observe la flexion de la cuisse gauche sur le bassin. Ce n'est plus le boudin cylindrique régulier, mobile, mais une *tumeur* arrondie, d'abord dure, ligneuse, puis molasse se laissant déprimer, donnant plus ou moins nettement la sensation de fluctuation. Ou bien il s'agit d'un empâtement profond, sans limites bien nettes, occupant parfois la totalité de la fosse iliaque gauche et formant à ce niveau un véritable plastron.

Dans tous les cas cette tumeur *a perdu sa mobilité*,

elle est fixée au plancher iliaque et ne peut être déplacée dans aucun sens.

L'évolution de cette tumeur est variable. Sous l'influence du repos et du traitement, les phénomènes généraux peuvent s'amender, des selles abondantes, sans caractères spéciaux, surviennent; peu à peu la tumeur diminue, se mobilise, les douleurs, même à la palpation, s'apaisent ; et lentement, très lentement, la tumeur périsigmoïdienne se résorbe. Des semaines, des mois après on ne retrouve plus qu'une petite induration localisée, nettement limitée au pourtour du côlon pelvien qui, lui-même, retrouve sa mobilité.

D'autres fois au contraire, la tumeur augmente de volume au milieu d'un cortège symptomatique grave ; la fluctuation devient évidente, et sous la peau de la fosse iliaque, rouge et œdématiée, bombe une masse purulente que le bistouri n'a qu'à inciser; un pus épais, fétide, mêlé de gaz s'échappe par l'incision ; une détente se produit et le malade marche lentement à la guérison en cicatrisant peu à peu sa fistule.

Mais il arrive que la cavité de l'anse sigmoïde soit en communication directe avec l'abcès par un orifice mal disposé pour permettre l'évacuation du pus par l'intestin, suffisant toutefois pour laisser passer de dedans en dehors le contenu intestinal ; en ouvrant l'abcès on tombe sur un mélange de pus et de matières fécales. Et de ce jour s'installe un véritable anus iliaque gauche. Les deux observations ci-dessous permettront de juger de la persistance de cette fistule stercorale.

Un autre mode de terminaison du phlegmon périsigmoïdien est possible ; il peut s'ouvrir et se *vider dans l'intestin* c'est ce qui arriva chez les malades de Mayor.

Quelquefois une douleur vive, suivie de coliques, précède l'apparition des selles purulentes et annonce l'ouverture du foyer de suppuration dans l'intestin. Le plus souvent le malade n'éprouve qu'une simple envie d'aller à la selle et rend des matières infectes, de consistance et d'aspect crémeux, où l'on trouve le pus plus ou moins mêlé de sang. La tumeur diminue, quelquefois même elle s'affaisse brusquement. Les jours suivants elle continue à diminuer, il y a pendant dix ou quinze jours du pus dans les selles, puis tout rentre peu à peu dans l'ordre. La guérison est le mode de terminaison habituel.

Dans aucun cas le pus ne s'est épanché dans le péritoine et nous n'avons pas trouvé d'observations de péritonite généralisée consécutive à une sigmoïdite.

CHAPITRE VI

Formes cliniques et pronostic.

De la description clinique précédente et des observations que nous rapportons, découle l'existence de plusieurs types de sigmoïdite et de périsigmoïdite dont il convient maintenant de résumer l'évolution.

La *sigmoïdite simple*, dite stercorale par certains auteurs, succède d'ordinaire à des phénomènes de constipation chronique; des douleurs apparaissent dans la fosse iliaque gauche au niveau de laquelle la palpation révèle une tumeur en forme de boudin, de longueur variable, mais mobile, ne se modifiant pas par l'évacuation des matières fécales ; une constipation opiniâtre accompagne la crise, mais il n'y a pas ou peu de phénomènes généraux. Au bout de cinq ou six jours, sous l'influence d'un purgatif, la constipation cesse et la sigmoïdite aiguë tourne court.

Parfois d'ailleurs la maladie revêt des allures plus torpides ; les douleurs sont modérées, la constipation relative ; longtemps le malade est soigné pour une affection gastrique ou intestinale ; mais peu à peu l'appétit diminue, l'amaigrissement survient et à l'occasion

d'un examen, on découvre la tumeur iliaque qui donne l'illusion du néoplasme de l'intestin. Il s'agit de la *forme chronique* de la sigmoïdite simple.

Si le péritoine et le tissu cellulaire ilio-pelvien réagissent, s'il s'agit d'une PÉRISIGMOÏDITE, le tableau revêt des allures plus dramatiques. *Née sur place, d'origine intestinale,* la périsigmoïdite est précédée d'ordinaire des prodromes de la sigmoïdite. Puis brusquement la fièvre s'élève, l'état général est mauvais, il y a des nausées et des vomissements, la constipation est absolue pour les matières et pour les gaz, le ventre est météorisé et « se défend ». Sous l'influence du traitement, dans le courant du second septenaire, des selles copieuses surviennent, il y a une détente générale, la fièvre diminue pendant que le ventre s'assouplit. On perçoit alors la tumeur iliaque plus ou moins mobile qui demandera des semaines pour se résorber. C'est à la *périsigmoïdite adhésive* qu'on a eu affaire.

D'autres fois la détente ne se produit pas, bien que le ventre soit devenu plus souple, la constipation persiste et la tumeur iliaque immobile, souvent en forme de plastron, est le siège de douleurs lancinantes ; elle augmente de volume, devient fluctuante, soulève la paroi abdominale qui rougit et s'œdématie et le *phlegmon périsigmoïdien* est ouvert par le chirurgien. Ou bien c'est dans la profondeur que l'abcès s'ouvre spontanément un chemin ; il ulcère la paroi intestinale malade, et s'évacue sous forme de selles purulentes. Rarement l'abcès se résorbe sans se faire jour au dehors.

Au total la périsigmoïdite suppurée d'origine intestinale peut s'ouvrir à la peau, s'évacuer dans l'intestin ou, rarement se résoudre spontanément.

Étant donné ses allures cliniques, il est probable que la *périsigmoïdite propagée, d'origine extra-intestinale*, peut avoir des terminaisons identiques. La seule observation complète avec vérifications opératoires et anatomiques que nous possédions, ne nous permet pas sans doute d'être plus affirmatif. Nous répétons toutefois que, pour nous, les périsigmoïdites observées chez les femmes à passé génital ou nouvellement accouchées sont, pour la plupart, des phlegmons propagés à point de départ utéro-annexiel.

De la lecture de nos observations, la dernière exceptée, se dégage un PRONOSTIC plutôt favorable. Seul notre cas de périsigmoïdite extra-intestinale a eu une issue fatale et ce n'est que dans l'observation de Loison, qu'on trouve signalés une *phlegmatia alba dolens* de la jambe gauche et un retentissement du côté du *foie;* jamais de ces péritonites généralisées ou septiques dont est coutumière l'appendicite.

Gardons-nous cependant d'exagérer la bénignité de la sigmoïdite. Peut-être que, mieux connue, systématiquement recherchée, elle déchargera l'appendicite d'une partie des méfaits dont on l'accuse.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

Nous avons suffisamment insisté, pour n'y plus revenir, sur les caractères spéciaux des diverses variétés de sigmoïdite et de périsigmoïdite. Il ne nous restera donc plus qu'à indiquer les symptômes cliniques qui, au lit du malade, permettent d'affirmer que l'anse sigmoïde ou son méso sont en cause et non pas les organes environnants.

A vrai dire, il n'existe aucun signe pathognomonique et c'est seulement par la réunion des symptômes douleur et tumeur iliaques, phénomènes généraux et digestifs, que l'on peut poser un diagnostic.

Le symptôme objectif *douleur*, n'a qu'une valeur extrêmement limitée. En effet la douleur de la fosse iliaque gauche n'est parfois que le résultat d'une compression nerveuse de la région lombaire. C'est ainsi que la douleur de la *colique néphrétique* fruste, se propageant le long de l'uretère et des nerfs abdomino-génitaux, pourra ressembler à cette forme de douleur sourde, mal limitée, qui marque parfois le début de la

sigmoïdite. Outre les symptômes concomitants, l'évolution ne permet pas de s'arrêter longtemps.

A côté de cette douleur d'origine lombaire dont on reconnaît facilement la cause, il en est d'autres qui ont pour origine la fosse iliaque elle-même : elles surviennent d'ordinaire chez les constipés chroniques, chez les malades atteints de ptose généralisée dont on trouve le rein droit mobile, l'estomac dilaté, les côlons ectasiés. C'est l'état de ces gens que Trastour de Nantes décrit sous le nom de *dilatation gastro-colique*, dilatation qui s'accompagne de troubles digestifs avec stase stercorale et réaction abdominale simulant les débuts d'une péritonite. Parfois même chez ces ptosiques l'anse sigmoïde est douloureuse à la main qui la sent rigide, tendue comme une corde (*cordon sigmoïdal de Glénard*). On conçoit qu'au début de l'affection l'erreur soit possible.

Mais quand le ventre s'assouplit, que la main peut explorer hardiment, elle ne trouve pas la tumeur en boudin régulier localisée à l'anse sigmoïde ; le cordon se déplace, portant tantôt sur le côlon ascendant, tantôt sur le côlon descendant ou pelvien ; de plus il s'agit de malades nerveux chez qui, outre les tares des ptosiques, on trouve des selles pseudo-membraneuses et glaireuses symptomatiques de l'*entérite diffuse*, dont la rectoscopie montrerait les lésions disséminées ; enfin l'insufflation dilate ici l'anse sigmoïde à l'égal des autres portions de l'intestin.

Cependant le diagnostic se complique lorsque le côlon pelvien se trouve seul rempli des scybales, quand on a

affaire aux *constipés iliaques* de Mayor. Nous l'avons déjà dit, tout constipé iliaque n'a pas une sigmoïdite et déjà nous avons indiqué les principaux points du diagnostic. Outre qu'en général on retrouve au palper des « fécalomes » dans les autres parties du côlon, la tumeur n'est plus le boudin régulier de la sigmoïdite, mais une tumeur bosselée, irrégulière et dure, formée de masses séparées entre lesquelles le doigt peut s'enfoncer ; mais le caractère le plus important c'est qu'il s'agit de tumeurs transitoires qu'un lavement modifie ou fait disparaître complètement.

La dilatation dite idiopathique du gros intestin ou *maladie de Hirschprung*, dont Duval a fait une étude détaillée dans la *Revue de chirurgie*, prêterait peut-être plus à erreur, dans les cas surtout où la douleur étant localisée au côté gauche, on trouve à la région suspubienne, ou dans la fosse iliaque gauche, une tumeur globuleuse, dont le volume varie d'une orange, à une tête fœtale ; tumeur dure et pierreuse (Woolmer) due à des matières fécales conglomérées; d'autres fois tumeur gardant l'empreinte des doigts sous forme de dépression persistante et qui indique qu'il s'agit d'une agglomération de fèces produites depuis peu de temps. Cette tumeur jointe aux phénomènes généraux et digestifs serait difficile à différencier de la périsigmoïdite, s'il n'existait en même temps une dilatation *énorme* de tout le côlon, caractère primordial de la maladie de Hirschprung.

En somme aucune de ces affections ne présente de très grosses difficultés: dilatation gastro-colique comme

dilatation idiopathique du côlon sont des affections rares, plus rares que la sigmoïdite, et dont les seuls auteurs qui les ont décrites se souviendront au lit du malade.

En revanche, il est toute une catégorie d'affections abdominales s'accompagnant de *tumeurs* que le clinicien devra éliminer avant de poser le diagnostic de lésion sigmoïdienne ou périsigmoïdienne.

Quelques-unes de ces tumeurs ont leur point d'attache dans l'hypochondre gauche et leur siège élevé sera déjà un bon argument pour les éliminer. *Kystes hydatiques de la rate* ou *du rein*, *sarcomes du rein* chez les enfants, donneront rarement lieu à des méprises. *L'hydronéphrose intermittente* mérite plus d'attention; rappelons toutefois que la crise débute brusquement, sans aucune cause provocatrice, avec sa douleur vive, dont le siège, les irradiations, les modalités sont si spéciales; des vomissements surviennent, alimentaires ou bilieux, puis une oligurie ou même une anurie absolue; brusquement tout cesse, spontanément ou après réduction de la tumeur par le médecin; une polyurie momentanée succède à l'anurie et le palper rénal n'indique, jusqu'à la crise suivante, qu'un rein mobile et souvent douloureux.

D'ailleurs dans toutes ces tumeurs de la rate ou du rein, il s'agit de tumeurs liquides qui ne présentent jamais la dureté ligneuse des périsigmoïdites et auxquelles manque le cortège des troubles digestifs.

D'autres tumeurs ont leur point de départ dans la fosse iliaque elle-même soit au niveau des parois qui

la constituent, soit au niveau des organes qui la traversent ou qui l'occupent.

Bien qu'ils descendent de plus haut, nous devons signaler ici pour les éliminer d'un mot, les *abcès par congestion* qui viennent souvent bomber au-dessus du psoas dans la région iliaque; liquides, indolores, ils révèlent trop facilement leur origine pour que nous insistions.

Les abcès *froids ganglionnaires*, développés dans les ganglions qui occupent la fosse iliaque, ne s'observent guère chez l'adulte que dans les affections bacillaires du membre inférieur, particulièrement dans l'arthrite tuberculeuse de la hanche.

Pas d'antécédents, pas de phénomènes concomitants pour éclairer le diagnostic quand il s'agit d'un *ostéosarcome* du bassin. Nous en voyons récemment un cas à Beaujon qui simula à s'y méprendre un abcès périsigmoïdien. Toutefois les douleurs étaient plus aiguës, s'irradiant dans le domaine du sciatique, et, en outre de la constipation et sous la même dépendance, existaient des troubles urinaires par compression. La consistance de la tumeur était dure et présentait une crépitation parcheminée. Le ventre était tendu et douloureux. L'absence de phénomènes digestifs, l'état cachectique du sujet, l'existence d'une dilatation des côlons descendant et transverse firent pencher le diagnostic en faveur de l'ostéosarcome que l'examen du sang vérifia avant l'intervention.

Nous signalons seulement pour mémoire les *ostéo-*

myélites du bassin qu'on n'observe guère que dans le jeune âge.

Il nous reste maintenant à examiner toute une série d'affections suppurées, les unes spéciales à l'enfant, ou à la femme, d'autres qu'on peut rencontrer dans les deux sexes.

Dans toutes les observations de sigmoïdites survenues *chez l'adulte* après quarante ans, c'est au *cancer de l'intestin* qu'on a songé tout d'abord. On sait la prédilection du néoplasme intestinal pour l'*S* iliaque, on sait aussi qu'il est classique, passé la quarantaine, de considérer toute occlusion intestinale aiguë comme d'origine cancéreuse. Si l'on réfléchit de plus que le cancer, avant de se manifester par une tumeur, traverse une période latente de troubles digestifs où la constipation tient une place importante ; que des douleurs souvent intenses, lancinantes, fixes, marquent sa période d'état ; que la tumeur qui constitue le néoplasme est souvent mobile, qu'elle peut revêtir la forme d'une bague mince, dure, infiltrant seulement la paroi de l'intestin sur une longueur de 15 à 20 centimètres ; que, dans d'autres cas, le péritoine réagit et contribue à former une masse plus ou moins irrégulière présentant une dureté ligneuse; on concevra aisément que le diagnostic soit très difficile, sinon impossible, avec les seuls moyens que fournit l'interrogatoire ou le simple palper du malade. On a vu la phlegmatia alba dolens dans la sigmoïdite comme dans le cancer ; on a vu des malades absolument cachectiques opérés pour des tumeurs d'intestin que, sur la table d'opération même,

on diagnostiquait néoplasme intestinal et que plusieurs années après on retrouvait en bonne santé. Bien plus, on sait que le premier symptôme du cancer intestinal peut être un abcès profond de l'abdomen, et Tuffier rapportait en 1904 les observations de plusieurs malades opérés pour une appendicite suppurée un phlegmon périnéphrétique, un abcès péri-colique chez qui l'opération avait simplement révélé l'existence de néoplasmes intestinaux avec abcès voisin ayant probablement pris son origine dans une adénopathie cancéro-infectieuse. Comment dans ces conditions séparer la sigmoïdite et la périsigmoïdite du néoplasme de l'intestin ?

C'est alors qu'il faut employer toutes les ressources de la clinique et du laboratoire. Souvent le néoplasique expulse des selles sanglantes et la constipation dans la crise d'occlusion aiguë est plus complète que dans la sigmoïdite ; mais outre que dans cette dernière affection, nous l'avons vu, on peut observer de petites hémorragies intestinales, celles-ci peuvent faire complètement défaut dans le cancer de l'*S* iliaque. L'insufflation ne donnera rien ; en revanche, la rectoscopie pourra être d'un précieux secours ; très souvent, dans les cas d'épithéliomas cylindriques, qui constituent la forme typique du cancer intestinal, la rectoscopie montrera des champignons cancéreux blancs au centre, plus rouges à la périphérie, de consistance violacée appendus à la surface de l'intestin et faisant saillie dans sa lumière comme de véritables polypes. Il est vrai que dans le cas d'infiltration néoplasique simple, ces

saillies intra-intestinales feront défaut et seul le laboratoire pourra donner quelques indications en montrant la formule hématologique du cancer. Malgré tout, le diagnostic restera souvent en suspens et ce n'est que l'intervention, ou même ses suites éloignées, qui permettront de juger exactement.

Avec Poncet nous signalerons aussi l'erreur possible avec l'*actinomycose* de l'intestin ; le diagnostic nous semble très difficile et ce n'est guère que par l'application du traitement ioduré que l'on pourra se faire une opinion.

Chez l'enfant nous n'avons guère à signaler que la *péritonite à pneumocoque* primitive, atteignant l'enfant en pleine santé avec son cortège de douleurs abdominales, de vomissements et de fièvre ; avec sa chute de température vers le septième ou huitième jour qui s'accompagne d'une détente générale, elle ressemble tout à fait à la périsigmoïdite d'autant mieux que le palper du ventre révèle une collection que le ballonnement des premiers jours n'avait pas permis de remarquer. Toutefois il existe généralement de la diarrhée, la collection purulente n'est pas mobile, elle est moins localisée que le phlegmon sigmoïdien ; et l'on connaît bien sa tendance à pointer vers l'ombilic où elle s'ouvre généralement.

C'est essentiellement *chez la femme* que le diagnostic deviendra épineux par suite des multiples lésions suppuratives dont son petit bassin et sa fosse iliaque peuvent être le siège.

La *grossesse tubaire,* plus encore la *salpingite sup-*

purée et le *phlegmon du ligament large* pourront être pris pour des sigmoïdites. Toutefois l'examen génital de la femme permettra le plus souvent d'éviter l'erreur. Ce n'est que dans les cas où des lésions suppurées des annexes s'accompagneront de *foyers à distance* que le diagnostic deviendra embarrassant.

On a considéré longtemps ces foyers à distance comme des phlegmons iliaques ou des psoïtis.

Le psoïtis existe réellement et peut même compliquer les infections utéro-annexielles de la femme. Rare chez l'homme, où il reconnaît une cause traumatique, il est beaucoup plus fréquent dans le sexe féminin, surtout dans la septicémie puerpérale, qui peut justement s'accompagner de périsigmoïdites.

Quelques caractères permettront de partager les deux affections. La douleur lancinante, atroce de la psoïte, la flexion de la cuisse rappellent tout à fait le phlegmon suppuré périsigmoïdien ; mais la douleur est moins localisée, elle s'irradie davantage vers la cuisse, elle est exaspérée par la pression sur les lombes et par les mouvements d'extension ou de rotation imprimés à la cuisse. La flexion de cette cuisse, qui est loin d'être signalée dans toutes les observations de périsigmoïdites, est constante dans le psoïtis et s'accompagne en outre de rotation en dehors. D'ailleurs c'est généralement à la région inguino-crurale ou à la région lombaire que l'abcès du psoas vient bomber, et un palper soigneux, dans lequel on pourra s'aider avantageusement de l'insufflation, révèlera toujours l'anse sigmoïde plus superficielle et indemne. Il est probable néanmoins que

des cas de périsigmoïdites ont été, chez les accouchées, pris pour des psoïtis.

La question du *phlegmon iliaque*, à laquelle on peut joindre celle des foyers *appendiculaires gauches*, est plus délicate.

Nous ne nous arrêterons pas aux *appendicites gauches* par inversion intestinale ou mieux par arrêt dans l'évolution intestinale; il s'agit d'exceptions que l'inversion d'autres organes peut faire prévoir, mais dont l'intérêt en l'occasion est tout à fait relatif. Mais nous savons qu'il peut exister à gauche des abcès propagés dans le cas d'appendicite droite. Nous pensons que M. Broca les regarde comme trop fréquents et, comme nous le disions au début, nous croyons qu'avant d'accuser l'appendicite, il faut interroger les organes de la fosse iliaque gauche. Quelques signes cependant permettraient, nous semble-t-il, de différencier les abcès appendiculaires gauches des périsigmoïdites. Localisés sous le péritoine pariétal, ces abcès ne sont point mobiles, ils s'accompagnent de lésions dans la fosse iliaque droite qui, à l'égal de la gauche, se défend et a perdu son réflexe cutané. De plus il s'agit dans ces cas d'appendicites graves compliquées souvent d'autres foyers métastatiques ; ajoutons que la rectoscopie serait alors spécialement indiquée. Enfin le diagnostic n'a qu'une importance relative car l'incession hâtive et large, au niveau du foyer, sera de mise dans l'abcès appendiculaire gauche comme dans la périsigmoïdite suppurée.

Nous dirons de même pour ces *abcès secondaires de*

l'appendicite qu'on peut voir se développer, aussi bien à gauche qu'à droite, à la suite d'une appendicectomie à chaud qui n'a pas permis de découvrir ou d'enlever la totalité de l'appendice.

Nous serons bref sur le diagnostic du *phlegmon iliaque*. Déjà son domaine a été singulièrement amoindri par nos connaissances sur l'appendicite et l'on ne parle plus guère de phlegmons iliaques droits. Bientôt, sans doute, le phlegmon iliaque gauche aura le même sort et se confondra pour une part avec la périsigmoïdite. Il restera toujours des phlegmons iliaques consécutifs à des lésions du membre inférieur, à des lésions génitales chez l'homme ou chez la femme ; d'autres sous la dépendance d'affections du rein ou de l'uretère. Mais, quand ils se localiseront au pourtour de l'anse sigmoïde, entre les lames de son méso, quand ils donneront lieu à des troubles identiques aux phlegmons consécutifs à l'inflammation du côlon pelvien, ils devront prendre le nom, comme ils ont pris les symptômes, des périsigmoïdites.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Le traitement de la *sigmoïdite simple* est purement médical. Le diagnostic nettement posé, deux indications restent à remplir : calmer la douleur, évacuer l'intestin. Comme narcotique, Régnier, dans sa thèse, donne la préférence à la morphine sur les pilules d'extrait thébaïque qui ont une action trop paralysante pour l'intestin. Nous croyons la morphine aussi inutile que les pilules d'opium; jamais nous n'en avons donné dans les appendicites où son indication semblerait plus nette que dans la sigmoïdite. La vessie de glace suffit ; appliquée directement sur le ventre, dont la sépare seulement une double épaisseur de gaze molle non apprêtée, elle calme admirablement la douleur, immobilise l'intestin, et pare à l'extension péritonéale possible de la lésion intestinale.

D'ailleurs nous ne pensons pas que l'immobilisation intestinale doive être absolue, et les laxatifs nous semblent indiqués. C'est à l'huile de ricin que nous donnerons la préférence, et tous les matins nous en ferons

prendre une cuillerée à dessert jusqu'à production de la débâcle intestinale.

Alors seulement quelques lavements huileux ou glycérinés seront administrés avec la longue canule rectale pour évacuer complètement l'intestin.

Pendant la durée de la crise, l'alimentation sera évidemment très réduite ; toutefois la diète absolue nous paraît trop rigoureuse et nous permettrons aux malades 1 litre de lait ou de bouillon de légumes.

La crise passée, les malades devront être traités comme les constipés chroniques : régime riche en végétaux, régularité de la selle quotidienne, exercices, hydrothérapie et même massage abdominal, purgation douce mensuelle ou bimensuelle.

Plus sévère sera le traitement de la *périsigmoïdite adhésive*. Le but étant ici d'éviter le passage à la suppuration, nous laisserons l'intestin au repos, sans laxatifs ni lavements : vessie de glace, diète hydrique et expectation armée constitueront tout le traitement. Il n'y a pas lieu à une intervention hâtive ; nos observations montrent la tendance habituelle à la résolution.

La surveillance quotidienne sera néanmoins nécessaire ; si la température s'élève, si le pouls devient rapide, si la tumeur est le siège de douleurs lancinantes et que la main y perçoive de la fluctuation, il faut intervenir rapidement. *Toute périsigmoïdite suppurée, quelle que soit sa cause, doit être ouverte largement et hâtivement.*

Sur le point central de la tumeur, parallèlement à l'ar-

cade de Fallope, incision large de la peau et des aponévroses ; ouverture prudente de la séreuse à laquelle peut adhérer l'intestin. Les anses grêles sont ensuite refoulées s'il y a lieu et la région garnie de compresses pour éviter la contamination du péritoine voisin. Puis le phlegmon est ouvert ; le pus évacué ; la cavité de l'abcès bien étanchée, on laisse un gros drain que maintiennent des compresses de gaze. Un crin de Florence à chaque extrémité de l'incision cutanée et rien de plus. Suivant la marche de la suppuration, trois ou quatre jours plus tard, le drain est retiré et remplacé seulement par des mèches, en veillant à ce que la cicatrisation s'opère de la profondeur vers la superficie.

Parfois l'opération est plus complexe. On n'arrive pas directement sur le foyer de suppuration qui occupe la face postérieure de l'anse sigmoïde. L'intestin doit être alors doucement soulevé ou récliné en dedans et la sonde cannelée fait, en arrière, une petite ouverture que les ciseaux agrandiront.

Il advient que malgré les recherches on ne trouve pas le pus : tenir toujours son bistouri ou ses ciseaux à distance de l'intestin et ne pas trop insister : un drain et une mèche sont mis à demeure, et les jours suivants, en faisant le pansement, on le trouve sali par le pus.

La conduite à tenir n'a rien de spécial si, par l'ouverture, avec le pus s'échappent des matières fécales. L'abcès tari, si la fistule stercorale persiste, son traitement fera l'objet d'une intervention ultérieure.

Enfin, dans les cas de *phlegmon périsigmoïdien pro-*

pagé, l'intervention abdominale devra se limiter à l'ouverture et au drainage.

S'il existe une infection utérine (suites de couches) ou une collection annexielle, c'est par la voie vaginale qu'on interviendra : curettage avec drainage utérin ou hystérectomie suivant les cas ; colpotomie pour les lésions annexielles.

OBSERVATIONS

A. — SIGMOIDITES

OBSERVATION I (Mayor).

M^me^ R..., 32 ans. Sans antécédents de famille importants ; n'a jamais eu de grossesse. Elle est habituellement bien portante, mais plutôt maigre. Ses digestions sont un peu pénibles, et elle est constamment constipée.

Depuis un mois la constipation est devenue plus rebelle. En même temps les douleurs que, depuis une époque qu'il est impossible de lui faire déterminer, elle éprouvait dans la fosse iliaque gauche, sont devenues presque continues. L'appétit a disparu, l'amaigrissement s'est accentué et elle a fini par se mettre au lit, soit parce que ses douleurs augmentaient après quelques heures de station debout, soit à cause de son état de faiblesse. Jamais de selles sanglantes, jamais de vomissements. Pas de signes d'affection cardiaque ou pulmonaire.

Rien d'anormal du côté des urines.

La malade est amaigrie, son ventre n'est nullement ballonné, partout il est souple. Le foie dépasse un peu le rebord des fausses côtes. La rate est normale.

Au palper abdominal, on sent, couché dans la fosse iliaque gauche, dans la région qu'occupe normalement l'*S* iliaque, un corps cylindrique, du volume d'un boudin dont l'extrémité

supérieure semble se perdre un peu au-dessus de la crête iliaque en se continuant avec le côlon descendant, tandis que son extrémité inférieure plonge dans le petit bassin. Ce cylindre offre une limite supérieure assez nette ; il est douloureux à la pression, et mobile sur la fosse iliaque.

Le toucher rectal, non plus que le toucher vaginal, n'indique rien d'anormal.

Pas de fièvre.

La malade ayant employé les cataplasmes et disant en éprouver quelque soulagement, on lui conseille de les continuer, de garder le repos au lit, de se nourrir exclusivement de lait, de bouillon, de bouillies ou de purées sous forme de soupe. Chaque jour elle prendra, au lit, un grand lavement d'eau de mauves tiède. On n'avait du reste pas grande confiance dans ce traitement qu'on instituait à titre purement palliatif ; car on pensait qu'il y avait grande probabilité pour que la tumeur cylindrique dont on constatait la présence dans la fosse iliaque, fût de nature épithéliomateuse.

Deux jours après, il y avait une amélioration évidente dans les phénomènes douloureux ; les lavements amenaient régulièrement l'expulsion de quelques matières dures, ovillées. Les signes physiques ne se modifiaient cependant pas encore. Assez rapidement, sous l'influence du repos, les douleurs cessèrent. Le boudin intestinal s'amollit, puis diminua graduellement de volume. L'appétit revint.

Après un mois la malade se levait ; sa nourriture était plus variée, en ce sens qu'on y avait ajouté les œufs et les viandes pulpées. L'intestin était devenu plus souple, néanmoins, il existait encore un certain épaississement de ses parois.

Après deux mois, Mme R..., avait repris sa vie ordinaire, s'occupait de son ménage, tout en portant, suivant le conseil du Dr Mayor, une ceinture de flanelle qui immobilisait l'abdomen; elle avait continué les lavements qui amenaient chaque jour des matières plus volumineuses, plus molles. Les aliments étaient

toujours pris sous la forme de pulpes, de purées, de bouillies, etc. Les parois intestinales paraissaient encore un peu indurées.

A quelques années de là, Mme R..., fut revue parfaitement bien portante, quoique toujours maigre. Elle avait repris l'alimentation commune, ne souffrait plus de son intestin, mais surveillait attentivement la régularité de ses selles. A l'examen, l'*S* iliaque n'avait peut-être pas une souplesse absolument normale, mais elle n'était pas plus dure cependant que ce n'est le cas chez beaucoup d'entéroptosées au début de leurs accidents.

OBSERVATION II (Mayor).

M. X..., médecin, âgé d'une quarantaine d'années, présente depuis assez longtemps déjà des troubles de digestion.

Il se plaint surtout de douleurs et de fringales qui semblent indiquer un état d'hyperchlorhydrie sans hypersécrétion gastrique notable (au moins n'y a-t-il pas de vomissements).

Ces crises douloureuses ne se produisent jamais que pendant les chaleurs; elles sont journalières, exigent des repas fréquents, mais peuvent être soulagées aussi par l'ingestion de fortes doses de bicarbonate de soude. En 1892, sous l'influence d'un régime sévère, elles ne se sont pas montrées ou plutôt n'ont eu tendance à reparaître que lorsqu'il y a eu quelques écarts de régime. Par contre, au mois de juin, le malade a été pris subitement de douleurs vives dans l'*S* iliaque qui l'ont amené à venir consulter. Il n'est point habituellement constipé, mais il présente un phénomène assez commun chez les entéroptosées, et qui est dû évidemment à un trouble de fonctionnement dans l'*S* iliaque ; fréquemment, sans qu'il puisse en dire la raison, il lui semble que des gaz luttent pour sortir de l'intestin ; ils descendent le long du côlon, pénètrent dans l'*S* iliaque, et là, paraissent rencontrer un obstacle qui les fait rétrograder. Ils sont ramenés

encore plusieurs fois de haut en bas ; parfois ils semblent s'accumuler dans l'*S* iliaque et donnent lieu à une sensation de gonflement, de tension douloureuse. Puis, ils pénètrent tout à coup dans le rectum qui les expulse ; mais ils sont remplacés bientôt par de nouveaux venus qu'envoient les régions supérieures de l'intestin.

Ces phénomènes, en général plus gênants que douloureux, s'accompagnent quelquefois cependant de sensations désagréables.

La veille du jour où il vint consulter, ce médecin, pendant qu'il faisait ses visites, avait senti tout à coup une douleur vive dans la fosse iliaque gauche, douleur qui, accompagnée de nausées, l'avait forcé à entrer chez un client et à s'y reposer assez longtemps. La nuit avait été mauvaise, sans fièvre néanmoins. Le lendemain il venait consulter, mais le trajet en chemin de fer et la marche avaient réveillé des douleurs assez accentuées. En effet, la moindre pression sur la région iliaque, détermine une sensation assez pénible pour empêcher tout examen un peu approfondi. On lui conseille le repos au lit, les cataplasmes, l'alimentation liquide ou les bouillies et les purées, le benzonaphtol à l'intérieur, et s'il y a nécessité, un lavement émollient chaque jour. Deux jours plus tard, M. le Dr Mayor va voir son confrère ; il n'a pas eu de fièvre ; les douleurs ont graduellement diminué. La palpation est devenue possible ; l'*S* iliaque est manifestement dure, tuméfiée, douloureuse à la pression. Aucun signe évident d'entéroptose.

Le lendemain, le Docteur put se lever un peu ; graduellement, les douleurs disparurent, l'*S* iliaque redevint normale ; la marche put être reprise peu à peu sans inconvénients.

OBSERVATION III (Rosenheim).

K... 50 ans, se présente au Dr Thauviertg le 12 décembre 1903. Malade nerveux, rhumatisant ; sa constipation habituelle

qui, antérieurement, s'était bien trouvée d'une saison à Kissingen, n'a pas cédé en juin à une nouvelle cure ni au massage ; malgré les laxatifs, les selles sont de plus en plus laborieuses. Depuis trois mois pesanteur et point douloureux du côté de la vessie, diminués par les garde-robes. Appétit conservé, mais le malade a perdu 20 livres.

État général mauvais ; léger emphysème, second bruit aortique accentué, sclérose des artères périphériques, urines normales.

Langue chargée. foie abaissé ; dans la fosse iliaque gauche, à côté de la masse intestinale, on sent une tumeur douloureuse, lisse et mobile, rénitente, plongeant derrière la vessie. Le rectum est vide.

Le malade entre à ma clinique où je procédai à un nouvel examen. Malgré l'évacuation des matières fécales la tumeur avait persisté, elle s'accrut même et atteignit 12 centimètres, devint plus tortueuse et plus mobile au-dessus de l'ouverture du petit bassin, plus dure et douloureuse à la pression. Les selles ne contenaient pas de sang, mais quelques glaires.

Rectoscopie. — Pas de modifications de la muqueuse anale sauf quelques hémorroïdes. Le rectoscope entre facilement : légère hyperémie de la muqueuse avec quelques taches rouge sombre de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50. A 18 centimètres environ la lumière est obstruée par de gros bourrelets qui limitent l'entrée du tube ; la muqueuse saigne légèrement et je dois retirer l'instrument. Je l'introduis à nouveau après quelques instants et le fais pénétrer de 33 centimètres jusqu'à la partie gauche de l'anse. A ce niveau la muqueuse est fortement hyperémiée et présente quelques *pertes de substances* avec lésions inflammatoires. Plusieurs jours après, l'insufflation de l'intestin dilate énormément le côlon et le cœcum tandis que l'*S* iliaque se dilate très peu et ne devient pas plus apparente qu'une anse remplie de matières ; l'évacuation de l'air fut très lente et douloureuse et pendant plusieurs jours le patient se plaignit de

tension abdominale. Deux fois encore, je pratiquai la sigmoïdoscopie et le tube pénétra à 27 puis à 23 centimètres seulement, par suite de spasmes insurmontables : je notai, à côté de lésions inflammatoires anciennes, des signes d'hyperémie récente, mais moins marqués qu'au premier examen.

D'ailleurs des lavements chauds d'huile et de camomille alternant avec des préparations de bromure et d'opium et un régime suivi jusqu'en juin 1904 amenèrent une amélioration définitive. Toutefois, bien que les selles fussent moulées et qu'elles renfermassent moins de glaires, l'anse montrait toujours un certain degré d'épaississement de ses parois.

OBSERVATION IV (Sieur)

Le malade était un officier de cavalerie, âgé de 45 ans, et sans passé pathologique notoire. Très robuste et très actif il servait en Algérie depuis dix ans, et il y avait contracté quelques accès palustres, et avait été atteint, au cours de manœuvres, de dysentérie bénigne.

Il vient nous consulter en novembre 1903, pour une douleur fixe, localisée à la fosse iliaque gauche à hauteur d'une ligne horizontale réunissant les deux épines iliaques antérieures et supérieures et en dehors du muscle grand droit gauche. Cette douleur s'est développée peu à peu, sans que le malade puisse invoquer une cause précise, à moins, dit-il, qu'elle ne se rattache aux quelques troubles gastro-intestinaux qu'il a eus, au mois de septembre précédent, au cours des manœuvres. D'abord sourde, elle a pris ces derniers temps un tel caractère d'acuité qu'il lui est impossible, étant à cheval, de faire du trot, et à plus forte raison du galop, tant est pénible le ballottement de la masse intestinale qui s'exécute au cours de ces deux exercices. La douleur est également accrue par la marche, et le malade nous raconte qu'il est pris brusquement de coliques

qui l'obligent à s'arrêter, à porter la main sur le côté gauche du ventre et à attendre quelques secondes que les gaz ou les matières aient franchi le point douloureux. Il n'a pas de constipation à proprement parler et bien qu'elles soient pénibles, les selles et les émissions de gaz sont toujours suivies d'une diminution des symptômes douloureux.

L'état général du malade s'est peu modifié ; son appétit est cependant moins bon ; il dort moins bien, et tous les soirs il est pris, pendant une demi-heure, d'une sorte de petit frisson qui lui est très désagréable et ne ressemble en rien au frisson précurseur d'un accès palustre, attendu qu'il est rarement suivi des stades de chaleur et de sueur.

La température, prise à diverses reprises, n'a d'ailleurs jamais dépassé 37° 5, au cours du plus fort malaise.

L'examen des selles montre que les matières sont aplaties et renferment un peu de sang mélangé à des glaires assez abondantes.

L'examen du ventre est difficile à pratiquer du côté gauche, tant est vive la douleur provoquée par une pression un peu profonde. Tous les signes douloureux sont localisés à gauche, sur le trajet du gros intestin et à hauteur de l'épine iliaque antérieure et supérieure correspondante. La sonorité y est moins développée que dans les autres parties de l'abdomen, et on circonscrit par la palpation une sorte de bloc ayant le volume du poing, auquel on peut imprimer quelques mouvements de latéralité et qui paraît constitué par une affection du gros intestin avec adhérence de l'épiploon et des anses grêles voisines.

Il est, en effet, difficile de se rendre exactement compte de sa composition, et dans tous les cas, il n'existe aucune tuméfaction, ni aucune douleur en arrière, du côté de l'espace costo-iliaque, et les fonctions vésico-rénales s'exécutent normalement. Toucher rectal négatif.

Nous avons revu notre malade tous les huit jours, et au bout

d'un mois et demi, lorsqu'il nous quittait pour rentrer en France, les coliques avaient à peu près disparu, et comme la défense musculaire était moindre, on sentait alors profondément sur le trajet du gros intestin une induration dont la pression était douloureuse, mais dont le volume était loin de rappeler le bloc et l'empâtement des premiers jours. Ayant observé pendant quelques mois encore un repos relatif et conservé son traitement le malade voyait disparaître peu à peu tous ses troubles.

Il avait été vu, entre temps, par M. Lejars qui voulut bien confirmer notre diagnostic de sigmoïdite.

J'ai eu de ses nouvelles ces jours derniers, c'est-à-dire deux ans après le début de son affection, et il m'affirme que depuis les premiers mois de l'année 1904, il n'a plus éprouvé le moindre malaise.

OBSERVATION V (Sieur).

Le malade est un gendarme indigène, âgé de 35 ans, dans les antécédents duquel nous relevons une fièvre typhoïde en 1895, et depuis quelque temps des crises de coliques fréquentes avec constipation.

Quand il entre dans notre service à l'hôpital du Dey, le 23 février 1905, il nous raconte qu'il n'est pas allé à la selle depuis six jours. De fait, son ventre est globuleux, surtout au niveau de la région hypogastrique, et sa tension est suffisante pour rendre impossible l'exploration des organes profonds. Tympanisme assez peu prononcé sur tout le trajet du gros intestin, ne masquant ni la matité du foie, ni celle de la rate; matité dans la région hypogastrique ne tenant pas à la réplétion de la vessie qui est vide.

Le pouls est régulier; le facies est pâle, un peu tiré, la langue blanche sans fétidité de l'haleine, et il n'y a ni nausées, ni

douleurs abdominales bien vives. Quant à la température, elle dépasse à peine 37°.

Un grand lavement huileux amène une débâcle très abondante, et l'on peut alors constater sur le trajet de l'*S* iliaque, qui est très mobile, une tuméfaction douloureuse à la pression, faisant corps avec l'intestin et qui a le volume d'une grosse mandarine. En aucun autre point, on ne sent de nodosités, et il n'existe aucune induration ganglionnaire. Rien d'anormal au toucher rectal.

L'examen des selles suivantes montre qu'elles sont aplaties, glaireuses, et quelquefois teintées de sang.

On maintient le malade au repos absolu, on applique sur le ventre un large enveloppement humide et on administre chaque jour deux grands lavements huileux.

Peu à peu les selles se régularisent, deviennent normales de composition et d'aspect, en même temps que l'induration intestinale diminue de volume et devient moins sensible.

Au bout de deux mois, lors du départ du malade en convalescence, les fonctions intestinales sont absolument normales, mais comme il persiste encore un peu de sensibilité et d'induration au niveau de l'*S* iliaque, nous recommandons au malade de surveiller son régime alimentaire et de continuer les grands lavements huileux pour entretenir la régularité des selles.

L'état général s'était notablement amélioré, et, en deux mois le poids de notre malade avait augmenté de 4 kilogrammes. Comme il devait revenir à l'hôpital si la lésion intestinale était le point de départ de nouveaux accidents, nous avons tout lien de croire que la guérison s'est maintenue et qu'il s'agissait là encore d'une lésion inflammatoire du gros intestin.

OBSERVATION VI (Hartmann).

J'ai été appelé avec mon collègue et ami Arrou auprès d'uu homme de 60 ans environ, porteur d'une tumeur iliaque gau-

che ressemblant tout à fait à un cancer. Huit semaines auparavant, il y avait eu pendant quelques jours, des phénomènes douloureux à marche aiguë ayant duré trente-six heures. Rejetant dès lors l'idée d'un néoplasme nécessitant une intervention immédiate, nous mîmes simplement le malade au repos, au régime lacté et lui fîmes prendre de petits laxatifs. La tuméfaction se résorba progressivement et depuis trois ans le malade est resté complètement guéri.

OBSERVATION VII (Bittorf) (Résumée).

Malade de 33 ans : début fébrile (38°4 le soir du second jour) ; dans la fosse iliaque gauche, résistance très nette, arrondie, allongée, commençant à la hauteur de l'ombilic et finissant au petit bassin ; douleur très vive à la pression, localisée à ce niveau. Là encore, les accidents tournent courts, et, en quatre ou cinq jours, le repos au lit, l'huile de ricin, la diète en ont raison (in Lejars).

B. — PÉRISIGMOIDITES INTESTINALES

α. — PÉRISIGMOIDITES RÉSORBÉES SPONTANÉMENT

OBSERVATION VIII (Tuffier).

Un homme de 45 ans entre dans mon service le 15 mars 1905, envoyé par son médecin, pour une tumeur de la fosse iliaque gauche. Les accidents dont il se plaint sont uniquement des alternatives de diarrhée et de constipation depuis un an. Son amaigrissement est continu, il n'a jamais eu ni hémorragies, ni melœna.

Lorsque je l'examine, il est absolument cachectique, pâle, décharné et dans la fosse iliaque on sent une masse indurée,

ligneuse, faisant corps avec elle, et empiétant sur tout le cylindre intestinal. En certains points cette tumeur est marronnée. Le diagnostic de cancer de la fosse iliaque gauche s'imposait, et comme le malade était très cachectique et que les accidents d'obstruction cédaient à une simple administration d'huile de ricin, je refusai toute intervention. Le 5 janvier 1906, ce malade revenait à l'hôpital, et je ne le reconnaissais pas, tant son état général était modifié. Ce qui était plus curieux, c'est que sa fosse iliaque gauche était absolument normale ; je fis examiner cette région par mes élèves qui avaient vu le malade autrefois, et grand fut l'étonnement de tout le monde quand je dis que le traitement avait été une abstention pure et simple. Cet homme nous raconta qu'après son séjour à l'hôpital, il avait eu les mêmes accidents pendant quelques semaines, puis que tout s'était amendé.

OBSERVATION IX (Bittorf).

Un homme de 47 ans, sans passé abdominal, est pris brusquement de fièvre (39°7), de céphalée, d'abattement général ; le ventre est tendu, météorisé, dans la fosse iliaque gauche, on sent profondément une résistance en forme de boudin, de 10 à 12 centimètres de long, de 4 à 5 de large, très douloureuse, convexe à droite, et qui se perd du côté du petit bassin. La douleur est exactement cantonnée à cette zone. Après l'administration d'huile de ricin et des selles nombreuses, la tumeur s'affaisse peu à peu : au sixième jour, la douleur et le ballonnement reparaissent, mais pour quelques heures seulement (in Lejars).

OBSERVATION X (Stern et Rosenheim).

M. F..., âgé de 58 ans, ordinairement un peu constipé, bien que dans ces derniers temps il ait eu des selles régulières et

moulées. Le 18 décembre 1903 le malade sentit, avec des malaises et des frissons, une douleur aiguë dans le côté gauche du ventre ; le matin il était encore allé à la garde-robe, quoique difficilement. Le soir fièvre à 39° avec résistance appréciable dans la fosse iliaque gauche. Je vis le malade dans la matinée du 20. Depuis deux jours ni selles, ni gaz ; appétit nul, langue chargée. Sur la partie gauche de l'intestin, on sent une tumeur douloureuse, longue de 8 centimètres environ, grosse comme le poing, à limites peu nettes en haut et en bas, très douloureuse à la pression et mobile. Le ventre n'est pas ballonné mais sensible. Toucher rectal négatif. Des cataplasmes chauds et à l'opium sont ordonnés. Au bout de deux jours selle abondante et spontanée, sans caractères spéciaux. Le ventre reste douloureux pendant quelque temps, puis tout rentre dans l'ordre. Jusqu'au 1er novembre 1904 le malade a eu deux récidives légères, sans poussée fébrile.

OBSERVATION XI (Rosenheim).

L... 46 ans, ancien hépatique, constipé, usant régulièrement de purgatifs. Sans cause apparente il éprouve, le 28 avril 1904, des douleurs abdominales accompagnées de selles peu abondantes ; pendant plusieurs jours fatigue et manque d'appétit. Le 3 mai douleurs aiguës dans le côté gauche, avec fièvre et frissons ; constipation, pas de gaz, vomissements, ballonnement du ventre qui est douloureux. On donne de l'huile de ricin qui détermine plusieurs selles diarrhéiques. Malgré une légère amélioration, la fièvre, les vomissements et les douleurs persistent. Le 6 mai les vomissements augmentant, je suis appelé auprès du malade : homme chétif, mal nourri, langue chargée ; région épigastrique aplatie, abdomen légèrement ballonné ; pas de gaz depuis deux jours. Dans la fosse iliaque gauche, tumeur en forme de boudin, longue de 10 centimètres, sans bosselures,

très mobile : c'est assurément l'anse sigmoïde. Toucher rectal négatif. Pouls à 104, fièvre 39°. Le reste de l'intestin n'est pas douloureux.

On ne put donc diagnostiquer qu'une sigmoïdite aiguë avec réaction péritonéale.

L'opium et la glace amenèrent une amélioration de l'inflammation locale et de la fièvre, mais la constipation et la matité persistèrent. Quatre semaines plus tard, quand je revis le malade, la région de l'anse était toujours sensible et volumineuse. Des lavements chauds parvinrent à régulariser les selles.

OBSERVATION XII (Lejars).

Tout récemment, un jeune homme de 20 ans entrait dans mon service, à l'hôpital Tenon, avec des douleurs très aiguës dans la fosse iliaque gauche, le ventre ballonné, la langue sale et une température de 38° 4 ; il était constipé depuis quatre jours et souffrait depuis lors, mais la douleur s'était brusquement accrue dans ces dernières quarante-huit heures. La paroi abdominale était en état de défense, contracturée et douloureuse dans la fosse iliaque gauche ; on parvenait pourtant à sentir, à nouveau, un gros boudin allongé, qui devint plus net le lendemain, dès que la glace, le repos au lit, une première débâcle fécale eurent atténué les douleurs. Toutefois, pendant quatre jours encore, la température resta à 38°, et l'on trouvait, au palper iliaque, de la résistance profonde et une sensibilité très marquée.

OBSERVATION XIII (Monod).

Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui fut pris subitement, dans la nuit du 19 au 20 octobre 1905, d'une douleur vive dans le ventre, avec frissons, fièvre et grand malaise. Cet état dura

peu et ce malade qui était à la veille de partir pour un important voyage d'affaires se mit en route quand même, le surlendemain. Il ne put aller loin. Il fut obligé de s'arrêter le 22 octobre à Cologne ; il avait été repris, en wagon, de fièvre et de douleur, cette fois nettement localisée dans la fosse iliaque gauche.

Le confrère allemand, le Dr Albersheim, appelé auprès de lui et qui a bien voulu, par lettre, me donner les détails qui suivent, constata chez le malade une température de 40°5 (axillaire), 124 pulsations, avec vives douleurs dans la partie inférieure du ventre à gauche et dans la jambe du même côté ; pas de symptômes de péritonite. Toucher rectal négatif. Albumine dans les urines, avec cylindres hyalins, cellules épithéliales et quelques leucocytes ; pas de sang.

L'albuminurie cessa au bout de quatre jours. La température descendit aussi progressivement ; elle était le septième jour revenue à la normale. Mais la douleur persistait, très vite, revenant par crises, nécessitant l'emploi de la morphine.

Le diagnostic était hésitant. Le Dr Albersheim et un confrère appelé en consultation s'arrêtèrent à l'idée de calcul probable du rein arrêté dans l'uretère. On fit une radiographie de la région qui n'apprit rien.

Le 6 novembre, M. X.... rentrait à Paris et venait le 16 me consulter chez moi. Il y avait eu le lendemain de son retour, un accès de fièvre ; depuis apyrexie complète. Mais la douleur dans la fosse iliaque gauche persistait. Je constatai de la façon la plus nette dans cette région une tuméfaction profonde, à contours vagues, non mobile, douloureuse au toucher, de consistance ferme, submate à la percussion.

Le toucher rectal ne donnait aucun renseignement. Urines normales. Selles normales aussi ; n'ont jamais contenu de sang.

L'état général est bon, l'homme est grand et fort. Il affirme avoir maigri et pâli.

Je ne fais pas de diagnostic ferme, songeant soit à une inflam-

mation péri-uretérale, provoquée, comme on l'avait pensé à Cologne, par un calcul arrêté dans l'uretère, la violence des douleurs du début donnant quelque poids à cette hypothèse ; soit à une tuméfaction inflammatoire formée autour de l'*S* iliaque, analogue à celles qui se produisent au voisinage de l'appendice.

Dans le doute, je me contentai d'engager le malade à se mettre au lit et à rester pendant quinze jours au repos absolu.

Il revient me voir le 30 novembre. Il ne souffre pour ainsi dire plus. Il se sent parfaitement bien portant, mange et dort à souhait. Mais il reste dans la fosse iliaque gauche, la masse déjà décrite, un peu moins volumineuse peut-être, mais toujours douloureuse au toucher.

J'autorise M. X... à ne pas rester au lit, mais je lui conseille de garder encore la chambre, et de ne reprendre que peu à peu ses occupations, si aucun nouvel incident ne survient.

Je ne le revois que le 11 janvier de cette année. Il désire prendre congé de moi. Il a, depuis un mois, recommencé à vivre sa vie ordinaire, et m'annonce qu'il part dans quelques jours pour l'Égypte et autres lieux où ses affaires l'appellent.

A l'examen, je constate que la tuméfaction de la fosse iliaque gauche *a disparu*. On sent encore profondément quelque chose qui la rappelle, sensation à laquelle on ne s'arrêterait pas si l'attention n'avait pas été attirée de ce côté par les événements qui avaient précédé.

Réfléchissant à ce cas, et en reconstituant l'histoire — tenant compte du début manifestement inflammatoire de l'affection, de l'existence d'une masse relativement volumineuse dans la fosse iliaque gauche, et de sa disparition progressive et complète, sans qu'aucun nouveau phénomène n'eût attiré l'attention du côté du rein — j'abandonnai absolument le diagnostic de calcul arrêté dans l'uretère et inscrivis sur ma fiche d'observation : périsigmoïdite.

OBSERVATION XIV (Mayor).

Le jeune malade M. R... est âgé de 14 ans. Il est légèrement anémique, peut-être un peu lymphatique, bien qu'il n'ait jamais présenté d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, non plus que d'autres signes évidents de scrofule. Il n'a pas d'autres maladies dans ses antécédents que la rougeole, la varicelle et la coqueluche.

Il y a deux ans, il a été pris d'une paralysie infantile qui a porté spécialement sur les membres du côté droit, et s'est localisée ensuite dans le membre inférieur, où elle a laissé, comme lésion définitive, un affaiblissement très marqué du groupe musculaire antéro-externe de la jambe.

A part cette légère infirmité, M. R... jouit d'une bonne santé, mais il n'a jamais de selles régulières et reste souvent deux jours sans aller au cabinet ; il va sans dire que cette question ne le préoccupe que très médiocrement.

La veille du jour où le Dr Mayor est appelé auprès de lui, il a senti quelques douleurs dans le bas-ventre. Les douleurs se sont accentuées pendant la course de 2 kilomètres qu'il a faite à pied pour revenir du collège jusqu'à son domicile; elles lui semblaient cependant localisées dans le côté gauche de l'abdomen. Arrivé chez lui, il était mal à l'aise, subfébricitant et écœuré. Inappétence absolue le soir.

Le lendemain matin, la région iliaque gauche est particulièrement douloureuse. Quand il veut se lever, il a quelques vomissements bilieux. On le remet au lit, et dans la journée on ne lui donne comme nourriture qu'un peu de bouillon.

Le soir, il est immobile dans son lit, la cuisse gauche légèrement fléchie sur le bassin. La fièvre est légère (38° 5); il y a un certain degré d'écœurement; la langue est saburrale, humide. Le ventre, légèrement ballonné, est resté souple et ne présente nulle part de résistance spéciale. Mais, au niveau de la fosse

iliaque gauche, la pression est douloureuse, et les muscles semblent se contracter dans un mouvement de défense réflexe ; il n'y a cependant aucune tuméfaction localisée. Pas de signes d'obstruction; il n'y a, il est vrai, pas de selles, mais il y a eu expulsion de gaz par l'anus. Aucun autre phénomène morbide.

On prescrit le repos au lit avec cataplasmes sur la région douloureuse et pour le lendemain, une petite dose d'huile de ricin.

Cette huile, bien tolérée, amène, avec des douleurs assez vives, quelques selles, dont les premières sont dures. L'attitude du malade reste la même ; le ventre est moins ballonné, mais la fosse iliaque se défend toujours.

Dans les jours suivants la fièvre continue, modérée (38° à 38° 5 le soir, 37° 7 à 38° le matin). La langue reste blanche. On fait donner un lavement chaque soir ; on continue l'alimentation exclusivement liquide, le repos au lit et les cataplasmes.

Quatre jours après le début des accidents, la cuisse a repris son attitude normale ; mais, dans la fosse iliaque, autour de la région qu'occupe l'intestin, se développe une tumeur, inégale à la surface, faisant penser à une masse ganglionnaire. Cependant, d'une part, cette tumeur n'est point mate à la percussion ; d'autre part, ni sur le membre inférieur, ni dans les régions pelviennes, on ne trouve le point de départ possible d'une adénite iliaque. Puis, cette masse devient considérable, plus superficielle. Elle occupe la plus grande partie de la fosse iliaque et s'avance dans la cavité abdominale au-dessus de l'aire du petit bassin. A son niveau, quoique la sonorité soit un peu diminuée, il n'y a pas de véritable matité. Elle est douloureuse au début; mais, très promptement cette douleur disparaît, en même temps que la fièvre tombe, que la langue se nettoie, que l'appétit revient.

Continuation du repos au lit ; bouillon, lait, purées.

Régularité des selles assurée par des lavements.

Cataplasmes et onctions d'onguent napolitain belladoné.

Peu à peu la tuméfaction commence à diminuer. Cette diminution s'accentue assez rapidement ; six semaines après le début de la maladie, il ne reste plus dans la fosse iliaque qu'une petite masse dure, allongée, qui suit exactement le trajet de l'*S* iliaque, comme s'il s'agissait d'un épaississement de la paroi de cet intestin.

Applications de teinture d'iode sur la région malade.

Port d'une ceinture de flanelle avec laquelle le patient se lève. Pendant longtemps il reste à l'alimentation demi-molle, évitant tout ce qui peut arriver à l'état de débris inaltérés jusqu'à l'intestin iliaque. Lavements journaliers. Huile de foie de morue.

Deux mois après le début des accidents la santé générale est parfaite, la fosse iliaque tout à fait souple.

β. — ÉVACUÉES PAR L'INTESTIN

OBSERVATION XV (Mayor).

E. A... 11 ans, quoique un peu grêle d'aspect, est habituellement bien portant. Les antécédents de famille sont irréprochables ; il n'a, jusqu'à présent, pas eu d'autres maladies que la rougeole et la scarlatine. Il ne présentait aucun signe d'altération de la santé générale, lorsqu'un jour il revint de l'école avec un point douloureux très vif siégeant dans le bas-ventre et à gauche. Comme il est habituellement constipé, qu'il lui arrive fréquemment d'oublier pendant plusieurs jours d'aller à la selle, que, dans le cas particulier, il ne se rappelait pas avoir été au cabinet la veille, sa mère, dès le lendemain matin, lui administre un purgatif qui amène une selle dure, abondante, suivie de plusieurs garde-robes liquides. L'enfant paraît soulagé. Il retourne le lendemain à l'école, mais il en revient souffrant plus vivement, ayant de la fièvre, refusant toute nourriture.

Appelé le jour suivant dès le matin, je trouve une fièvre assez vive (39°5 dans l'aisselle), le ventre est un peu ballonné, généralement douloureux, avec prédominance des douleurs à la pression dans la fosse iliaque gauche. A ce niveau, la paroi abdominale semble résister ; elle n'est cependant pas infiltrée en plastron, mais, outre un peu de contracture musculaire, il y a une véritable tuméfaction assez superficielle, quoique sous-jacente à la paroi ; cette tuméfaction occupe toute la fosse iliaque gauche; à ce niveau, la sonorité abdominale est diminuée, quoiqu'elle ne soit pas entièrement abolie. Pas de rétraction de la cuisse, quelques nausées, mais pas de vomissements ; pas de selle hier, mais expulsion de gaz par l'anus. Aucun autre phénomène morbide : le cœur, les poumons (pour autant qu'on en peut juger par leur face antérieure) les organes abdominaux, les urines, ne présentent aucun signe d'altération.

Repos au lit, cataplasmes, alimentation liquide froide.

Le lendemain, même état; la fièvre continue (39°5 le matin, 40° le soir). Pas de selles. Le ballonnement n'augmente pas.

Le surlendemain, un lavement donné prudemment amène des matières peu consistantes ; et, de ce jour, il s'établit des selles quotidiennes ou biquotidiennes, légèrement diarrhéiques. La fièvre continue avec la même intensité ; le ventre est toujours douloureux; il paraît plus gonflé; l'enfant s'alimente mal.

La tuméfaction qui siège dans la fosse iliaque gauche, augmente graduellement de volume; elle finit par déterminer une saillie évidente de toute la moitié gauche du ventre. Cette tuméfaction remonte jusqu'au niveau de l'ombilic; au-dessous de ce point, elle dépasse la ligne moyenne, la matité s'accentue dans la région iliaque de cette masse.

L'aspect local et l'état fébrile paraissent devoir faire supposer la présence d'une collection purulente, il semble même qu'il existe une fluctuation obscure, et le jour où j'arrive décidé, si rien n'est changé, à demander qu'on m'adjoigne un chirurgien, je trouve que, dans la nuit, l'enfant a rendu une très forte selle

de consistance crémeuse que malheureusement on s'est empressé de jeter, son odeur étant infecte. Le ventre a totalement changé d'aspect ; il est plat, souple, la tuméfaction abdominale n'est plus représentée que par une petite masse indurée, grosse comme le poing et siégeant dans la fosse iliaque.

De ce jour, la fièvre cesse, la langue se nettoie, l'appétit reparaît. Il n'y a plus que quelques douleurs passagères dans la fosse iliaque. Cependant la pression sur la masse indurée est encore douloureuse. Voyant que la collection purulente ne se réforme pas, je fais cesser l'usage des cataplasmes et bientôt commencer des badigeonnages de teinture d'iode. D'autre part, aux aliments liquides, on joint les purées, les bouillies, puis les viandes molles ou pulpées. Les fonctions intestinales sont régularisées par des lavements journaliers.

Dix jours après l'ouverture de l'abcès, la tumeur qui occupe la région de l'*S* iliaque, a pris l'aspect d'une sorte de boudin cylindrique, plus ou moins irrégulier à sa surface, et qui diminue chaque jour de consistance et de volume. Bientôt on peut lever l'enfant. La guérison définitive suit de près. Instruit par cette douloureuse expérience, le petit malade donne plus d'attention à la régularité de ses selles, et jamais il ne présente de nouveaux accidents du côté de l'intestin.

(Il a maintenant 18 ans et se porte fort bien.)

OBSERVATION XVI (Mayor).

Malade vue en consultation par les Drs Mayor et Gerlier, le 5 mai 1896. Agée de 22 ans, domestique, jouit en général d'une bonne santé. Dysentérie antérieure. Prise le 12 avril de frissons, d'inappétence, de malaises divers, elle s'administre un purgatif, d'autant mieux indiqué qu'elle est sujette à la constipation habituelle. Une amélioration s'ensuit qui n'est que passagère. Elle quitte alors sa place et fait appeler le Dr Gerlier de Fernay, qui, le 23 avril, la trouve encore debout, offrant

l'aspect typhoïde : regard éteint, facies hébété, lèvres tremblantes, sèches, fuligineuses ; langue rouge à la pointe et sur les bords. M. Gerlier recherche aussitôt le gargouillement iliaque et l'augmentation de la matité splénique, mais sans les trouver. Par contre, le foie quoique de dimensions normales, est douloureux à la percussion et des ronchus s'entendent aux bases des deux poumons ; le pouls est à 100, la température est à 39°4.

Le ventre n'est pas ballonné et il n'y a pas de diarrhée. Mais la malade se plaint d'éprouver des coliques avant chaque selle et de ressentir, dans la fosse iliaque gauche, une douleur que la toux et les mouvements exagèrent. A ce niveau, M. Gerlier constate, en effet, l'existence d'une tuméfaction demi-molle, bosselée, douloureuse, un peu sonore à la percussion, qui plonge dans le petit bassin et remonte jusqu'au-dessus du ligament iléo-pubien. Elle occupe ainsi la place qui devait être celle de l'*S* iliaque et atteint la grosseur d'une tête de fœtus. M. Gerlier diagnostique une *sigmoïdite*, cherche à combattre la fièvre par les lavages froids et la quinine, à dégager l'intestin par des lavements boriqués, et prescrit la diète liquide.

Les lavements sont mal supportés. Néanmoins, après quelques jours, le 26 avril, l'état général s'améliore, le sommeil revient, la congestion pulmonaire disparaît. Mais le foie reste douloureux, la langue n'a pas changé d'aspect et l'état local ne s'est pas modifié. Cependant, la température étant devenue normale, la quinine et les lavages sont supprimés. Cataplasmes, benzonaphtol et lavements.

Deux jours après, la tuméfaction commence à diminuer. Mais le 2 mai, nouvelle poussée aiguë. P. : 100. T. : 40 °.

La tumeur a augmenté et est devenue beaucoup plus douloureuse ; on y perçoit une fluctuation nette. C'est à ce moment que M. Gerlier prévient M. Mayor qui, malheureusement ne peut voir la malade que le 5 mai, et dans l'intervalle, le 4 au matin, la scène a changé.

La malade a rendu en abondance du pus par le rectum, la tumeur a diminué de moitié, la fièvre est tombée, l'état général est infiniment meilleur.

Le 5, il ne reste qu'à constater cette entrée en convalescence, mais on retrouve un boudin dur, encore douloureux, occupant, dans la fosse iliaque, le siège exact de l'intestin dont il sent la direction.

L'histoire de la maladie est donc facile à reconstituer : sigmoïdite ayant débuté le 12 avril ; amélioration passagère par le purgatif; continuation de l'évolution de la maladie qui amène la constitution d'une périsigmoïdite, d'une péritonite localisée, caractérisée par la tuméfaction sonore constatée par M. Gerlier. Déjà, à cette époque, la péritonite enkystée devait être suppurative, l'état général rend cette supposition plausible sans qu'elle puisse devenir une certitude, puisqu'il y a bientôt une amélioration considérable, avec chute de température. Mais sous l'influence d'une imprudence légère, inavouée, la marche aiguë reprend, et l'abcès désormais manifeste ne tarde pas à s'ouvrir dans l'intestin.

Comme c'est le cas habituel, et, malgré une surveillance attentive, c'est lentement que cette périsigmoïdite terminée par évacuation du pus dans l'intestin, a évolué vers la guérison. Le 10 juin, le malade se levait, marchait ; on ne constatait plus de tumeur ; mais dans la station debout, l'attitude restait penchée et toute tentative de redressement complet du tronc rappelait encore de la douleur au niveau du foyer ancien.

γ. — PÉRISIGMOIDITES INTESTINALES OPÉRÉES

OBSERVATION XVII (Segond).

Il y a cinq ans, j'ai opéré un monsieur de mes amis, alors âgé de 45 ans, dans les conditions suivantes. Soigné depuis

plusieurs mois par notre collègue Giraudot, pour des accidents d'entéro-colite, il fut pris brusquement d'accidents aigus avec tuméfaction inflammatoire dans la fosse iliaque gauche.

La fièvre, le péritonisme, la formation d'un plastron évident, tout commandait l'intervention, et, convaincu qu'il existait une collection purulente autour de l'*S* iliaque, je pratiquai l'incision voulue. Quelques gouttes de pus vinrent en effet sourdre sous mon bistouri, mais c'était là détail fort accessoire, et ce que je trouvai au lieu et place de la péricolite diagnostiquée, ce fut une tumeur de l'intestin. Tumeur de consistance fibreuse, tumeur presque ligneuse, tumeur offrant, en un mot, tous les caractères d'un néoplasme malin.

Or ce diagnostic miscroscopique fait par la vue et le toucher était absolument faux. Deux mois après l'opération le cancer avait fondu et, à cette heure, notre ancien condamné possède, avec un ventre parfaitement souple, une santé merveilleuse....

Pendant les quinze jours qui ont suivi l'incision de la périsigmoïdite, les symptômes d'entéro-colite avaient présenté une sorte de recrudescence et simultanément nous avons pu voir en haut du côlon descendant et autour du cœcum, naître, puis spontanément disparaître, des tuméfactions profondes qui n'avaient pas laissé de nous inquiéter beaucoup. Le mot d'actinomycose fut même prononcé par un consultant qui prescrivit une pommade iodurée. La disparition rapide et spontanée de tout empâtement péri-intestinal est heureusement venu prouver qu'il s'agissait d'un simple processus inflammatoire et donne un argument de plus à ceux qui pensent avec raison qu'en pareil cas, il ne faut pas être trop pressé de prendre le bistouri.

OBSERVATION XVIII (Loison).

B..., né à Paris en 1870, ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel. Exerçant la profession de facteur des postes, il s'engagea au 4e zouaves, le 26 mars 1890.

Pendant les premiers mois de son séjour en Tunisie, il a eu une légère atteinte de paludisme, pour laquelle il fut traité pendant quinze jours à l'infirmerie de Zaghouan. Depuis vingt mois sa santé était excellente, lorsque le 22 avril 1892, étant campé au Bardo, avant le départ pour les manœuvres, il ressentit dans le flanc gauche une douleur qui s'exaspérait pendant la marche.

4 mai 1892. — Entré à l'hôpital militaire de Belvédère, à Tunis. Nous trouvons occupant la fosse iliaque et le flanc gauche, une tuméfaction rénitente, très douloureuse à la pression. La zone d'induration et d'empâtement a une forme allongée verticalement ; elle s'étend en largeur depuis le bord externe du muscle grand droit, jusqu'à la ligne axillaire moyenne prolongée ; en hauteur, elle confine en haut aux côtes et en bas à la crête iliaque. Au niveau de la zone de tuméfaction, la peau présente sa coloration normale, elle se laisse toutefois, moins facilement que du côté opposé, plisser et détacher du plan sous-jacent. Au niveau de l'hiatus costo-iliaque, on ne sent pas d'empâtement et on ne provoque aucune douleur à la pression. Les mouvements d'extension de la cuisse gauche se font complètement et sans souffrance. Les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés.

Les selles ont été régulières jusqu'à hier matin ; un verre d'eau de Sedlitz administré n'a produit aucun effet. Il n'y a aucun trouble du côté des urines.

La température oscille autour de 38°.

5 mai. — On donne le chloroforme. Nous pratiquons un peu

en dehors du grand droit, à la hauteur de l'ombilic, une incision verticale de 8 centimètres de long ; à ce niveau la fluctuation profonde nous avait semblé nette. Les plans superficiels ne présentent rien de particulier ; le tissu cellulaire sous-péritonéal est infiltré et la face externe du péritoine est vascularisée. Une ponction de la séreuse, suivie de débridement, donne issue à environ 300 grammes de pus glaireux jaune verdâtre, sans odeur particulière. Le doigt explore une cavité, du volume d'un gros poing, présentant quelques diverticules peu étendus, circonscrite par des parois résistantes. Le gros intestin est refoulé en dedans, on ne sent ni la rate, ni le rein. Songeant à une inversion possible des viscères, nous recherchons sans succès la présence de l'appendice.

Le fond de l'abcès étant en contact avec la paroi abdominale postérieure, nous pratiquons sur le doigt introduit dans la cavité une contre-ouverture postérieure, immédiatement au-dessus de la crête iliaque, et plaçons un gros drain traversant l'abdomen d'avant en arrière.

6 mai. — Le malade est soulagé et a bien dormi la nuit. Toutes ses fonctions s'accomplissent régulièrement. Avant l'opération il accusait une sensation d'engourdissement dans le membre inférieur gauche ; ce symptôme s'est atténué.

11 mai. — Se plaint de coliques et de diarrhée, alors qu'antérieurement il avait plutôt une tendance à la constipation.

13 mai. — La diarrhée persiste. La température qui était restée au-dessous de 38°, depuis l'incision monte tous les soirs, à 39° et au-dessus pour tomber le matin à 37°. Cette fièvre, à forme rémittente, continue jusqu'au 27 mai. La suppuration diminue, on raccourcit le drain et on le retire en arrière, pour laisser l'incision antérieure se cicatriser.

17 mai. — Les selles ont pris l'aspect dysentérique, contenant du mucus et du sang; épreintes et ténesme.

19 mai. — On note trois selles constituées par des scybales dont quelques-unes sont enrobées de mucus. Pendant les jours

suivants les matières fécales sont tantôt dures, tantôt molles, mélangées à une quantité variable de mucus.

25 mai. — Le sujet se plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche, particulièrement vives au niveau du mollet ; il n'y a pas d'œdème appréciable, mais la pression est douloureuse au niveau du triangle de Scarpa. Le ventre souple et rétracté n'est pas sensible à la palpation. Les plaies d'incision vont bien et se rétrécissent ; on supprime le drain et on le remplace par une mèche en gaze placée dans la contre-ouverture postérieure.

26 mai. — Les douleurs persistent dans le membre inférieur gauche, particulièrement au niveau du mollet qui est augmenté de volume.

28 mai. — Les symptômes de *phlegmatia alba dolens* se sont accentués. La fièvre a disparu. Il s'est développé une petite escarre au sacrum.

30 mai. — On a remarqué la présence d'anneaux, de ténia dans les selles ; un ténifuge est administré et plusieurs mètres de ver sont expulsés, sans la tête.

31 mai. — Dans l'après-midi d'hier, la malade s'est plaint de frissons et de douleur au niveau de l'hypocondre droit, et le thermomètre est monté à 39° 6. Le foie n'est pas tuméfié et n'est pas sensible à la pression. La palpation et la percussion ne dénotent rien d'anormal au niveau de la base pleuro-pulmonaire droite.

1er juin. — Température 38°8 le soir ; la douleur de l'hypocondre droit persiste.

2 juin. — La fièvre a cessé. Les selles sont normales et régulières, au nombre d'une à deux par jour. La douleur du côté droit a disparu. Le gonflement du membre inférieur gauche diminue ; le mollet reste sensible.

Pendant les jours suivants tous les symptômes morbides s'atténuent et régressent progressivement. De temps en temps cependant, les selles renferment un peu de mucus.

13 juin. — Les plaies opératoires bourgeonnent bien et se rétrécissent ; on supprime tout drainage.

29 juin. — Il persiste un peu de gonflement du mollet et du pied, surtout le soir, après la station debout. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement. Les plaies opératoires sont complètement cicatrisées de même que l'escarre au sacrum.

4 juillet. — Le sujet quitte l'hôpital, pour aller en convalescence dans sa famille.

OBSERVATION XIX (Tuffier).

J'ai opéré à la Pitié, en 1897, une malade qui m'était envoyée du service de M. Hayem avec les symptômes suivants :

Douleurs dans la fosse iliaque gauche depuis environ deux années. Douleurs survenant quelques heures après le repas, sans ballonnement du ventre, sans symptôme de péritonite chronique ; alternatives de diarrhée et de constipation. La palpation de la région révélait un léger empâtement au niveau de la fosse iliaque gauche, l'intestin paraissait un peu épaissi. La chronicité des lésions et des douleurs, l'impuissance du traitement médical nécessitaient une intervention. La laparotomie latérale gauche montra sur l'anse sigmoïde des franges épiploïques légèrement indurées, l'intestin plus ferme que normalement mais sans induration localisée, je refermai l'abdomen ; des accidents persistèrent pendant quelque temps, puis cette femme guérit complètement. Il est probable qu'il s'est agi là d'une ulcération simple de l'intestin avec *périsigmoïdite chronique.*

OBSERVATION XX (résumée) (Rosenheim).

Avoué M..., 45 ans, frère de médecin, ancien hépatique, nerveux, opéré d'appendicite il y a six ans. A été pris il y a deux mois de violentes douleurs abdominales avec forte envie d'uri-

ner, douleurs que ne modifient pas les garde-robes. Depuis, les douleurs se sont localisées dans le côté gauche du ventre ; constipation opiniâtre avec selles sanguinolentes et un peu glaireuses : pas de fièvre. Appétit conservé, mais douleurs lancinantes avec irradiations anales qui ne cèdent pas aux narcotiques.

A l'arrivée à ma clinique je trouve un rectum libre, sans hémorroïdes : dans la fosse iliaque gauche existe un point très douloureux à la pression et je sens sur la partie gauche de l'intestin, près du promontoire, une masse dure, douloureuse, mobile, grosse comme le poing et longue de 8 centimètres environ. Après une évacuation copieuse, la tumeur ne disparaît pas, mais diminue un peu de volume (5 à 6 cm.) et devient plus élastique. A cause de la corpulence du sujet la limite inférieure est indécise.

Rectoscopie. — On arrive facilement jusqu'à l'anse et après insufflation l'instrument est enfoncé jusqu'à 30 centimètres où il est arrêté par des replis de la muqueuse : l'hyperémie est beaucoup plus marquée qu'à la partie inférieure et la muqueuse saigne légèrement. L'instrument enlevé la tumeur ne s'est pas modifiée.

Le diagnostic restant en suspens, je confie le malade au professeur Mikulicz de Breslau qui, après examen sous chloroforme, décide d'intervenir : pas d'induration sur tout le trajet du côlon, mais plusieurs adhérences à l'union des segments supérieur et moyen de l'*S* iliaque avec un gros ganglion sous le méso-sigmoïde ; le professeur Mikulicz fait le diagnostic de colite ulcereuse et se contente de rompre les adhérences. Jusqu'à ce jour le malade en a éprouvé un excellent résultat.

OBSERVATION XXI (Lejars).

J'ai ouvert en 1897, à l'hôpital Beaujon, un abcès iliaque gauche chez un homme de 28 ans, qui, depuis un mois, souf-

frait un peu du ventre à gauche : la température était à 39° on sentait, dans la fosse iliaque gauche, une masse allongée, oblique, manifestement fluctuante ; l'incision me conduisit dans une collection purulente, fétide, occupant la fosse iliaque, accolée au dedans de l'*S* iliaque, encapuchonnée de fausses membranes, et close de toutes parts. La guérison eut lieu sans incident.

OBSERVATION XXII (Hartmann).

Il s'agit d'un malade chez lequel un de nos collègues avait porté le diagnostic; cancer du côlon iliaque. Appelé secondairement, apprenant par l'interrogatoire que six semaines auparavant il y avait eu quelques phénomènes aigus passagers, j'ai soulevé l'hypothèse d'une inflammation péri-colique. Quelque temps après, je dus ouvrir un abcès, le malade guérit et est resté guéri; toute idée de néoplasme sous-jacent peut donc être écartée.

OBSERVATION XXIII (Régnier).

V. A..., 32 ans, tourneur à Lyon et y habitant.

Jamais malade, mais toujours constipé. Entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, lit 10, service de M. le Dr Jaboulay, le 15 novembre 1897.

Il y a huit mois, a commencé à souffrir dans la fosse iliaque gauche : la douleur était continue, sourde et permettait encore au malade de se livrer à son travail.

En septembre, le malade se rend compte qu'il s'est formé au côté gauche de l'abdomen une tumeur du volume d'une noix et lui paraissant profonde. Il rattache à cette tumeur les douleurs spontanées qu'il éprouve et qui s'exaspèrent par la pression.

Il consulte un médecin qui lui ordonne un régime alimentaire

(lait, végétaux, etc.) et des laxatifs fréquemment répétés. Les selles se régularisent sous l'influence de cette hygiène nouvelle, mais la tumeur ne disparaît pas, et le malade inquiet entre à l'Hôtel-Dieu.

L'état général est excellent ; on trouve dans la région indiquée par le malade une tumeur bosselée, douloureuse à la pression et qu'il est facile de faire rouler sous le doigt.

On l'évalue au volume d'une orange et malgré l'état satisfaisant du malade, on conclut à un néoplasme difficile à localiser. D'ailleurs, le malade dit avoir eu quelquefois des hémorragies intestinales peu abondantes, le sang apparaissant surtout à la fin de la défécation.

L'intervention est décidée et l'opération et pratiquée le 23 novembre.

Opération. — Incision parallèle à l'arcade crurale et à 1 centimètre au-dessus. On trouve une poche formant kyste autour du côlon sigmoïde. On ramène avec des tampons et les doigts un mélange de pus et de matières fécales dont l'odeur rappelle celle du pus d'appendicite.

On se trouve en présence d'une poche communiquant avec l'intestin par une *ulcération* siégeant sur la paroi de celui-ci et ayant formé une péritonite enkystée développée sans grande réaction douloureuse ni fébrile.

On draine avec de la gaze ; pas de suture, mais un simple point de contention pour maintenir deux tampons obstruant la plaie.

L'opération avait duré vingt minutes. Le malade n'a pas vomi et les suites opératoires ont été parfaites. Soir T : 37°8.

24 novembre. — T : 38° et 38°4. Pas de selles. Le malade urine bien, ne vomit pas.

25 novembre. — T : 38°3 et 38°1. L'état général est excellent. Limonade citrique et lait.

27 novembre. — Premier pansement : on enlève le fil métallique. La plaie est en bon état; les bords s'écartent légèrement.

On y laisse les tampons. Le malade n'est pas encore allé à la selle.

29 novembre. — Deuxième pansement : on enlève les deux tampons. La plaie ne bourgeonne pas. Pas de pus ; un peu de matières fécales. Pas de météorisme. Ventre non douloureux. Pas de température.

Le malade n'a pas encore eu de selle ni de gaz, mais il accuse de lui-même quelques gargouillements au niveau de sa plaie.

Il mange pour la première fois un morceau de volaille et quelques pruneaux.

30 novembre. — Troisième pansement : sortie d'abondantes matières fécales non mêlées de pus par la plaie largement ouverte. Un véritable anus contre nature s'est formé. Le malade n'a pas eu de selles, mais quelques gaz.

1er décembre. — Quatrième pansement : l'état général est excellent ; pas de température. Les matières sortent assez abondantes par la plaie.

L'ensemble des signes constatés reste le même pendant quelques jours, jusqu'au *9 décembre* où le malade va abondamment à la selle. Les matières émises sont comme moulées.

Depuis cette date, l'état général reste bon, le malade dort bien et mange de bon appétit. Il va à la selle tous les deux ou trois jours et chaque matin on change son pansement souillé au début par d'abondantes matières fécales qui paraissent maintenant diminuer un peu.

OBSERVATION XXIV (Régnier).

M. J... employé des télégraphes, 32 ans. Rien dans les antécédents, mais habituellement constipé.

Le malade raconte que dans la nuit du 16 au 17 janvier 1897, il fut pris de légères coliques suivies de selles mêlées de sang.

Le lendemain et les jours suivants, le malade allait à la selle dix à douze fois par jour ; les évacuations étaient diarrhéiques et sanguinolentes.

Le médecin appelé institua le régime lacté et ordonna des poudres absorbantes.

Mais les fonctions intestinales restèrent compromises et, en juin dernier, le malade accusa de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche et fut obligé de s'aliter.

Sur le conseil de son médecin, il entra à l'Hôtel-Dieu le 16 juillet, dans le service de M. le Dr Jaboulay.

On constata alors dans la fosse iliaque gauche un boudin volumineux, long d'environ 12 centimètres, dur à la pression, peu mobile, douleux. L'aspect général du malade est cachectique ; il a maigri beaucoup, n'a pas d'appétit ; souffre continuellement, les évacuations dysentériques le fatiguent beaucoup. On songe à un néoplasme du côlon descendant et on décide d'intervenir.

L'opération est pratiquée le 17 juillet. On arrive sur un boudin stercoral perdu dans une anse sigmoïde rouge, tuméfiée, ecchymotique, séro-purulente.

Le lendemain de l'opération, le malade eut encore quelques selles, mais le 18 juillet, il ne rendit rien par l'anus tandis qu'on trouvait un pansement souillé par un magma fécaloïde d'odeur infecte.

Les jours suivants, le malade continua à vider son intestin par cet anus contre nature et n'eut plus de selles proprement dites.

La fièvre n'a jamais été manifeste. Le malade est resté pendant dix jours à la limonade citrique et au lait, puis a commencé à manger quelques aliments légers.

Il fut pansé régulièrement tous les jours et l'état général s'améliorant rapidement, il put quitter l'Hôtel-Dieu le 10 août.

Nous avons eu depuis des nouvelles de ce malade ; actuellement, la diarrhée a disparu ; mais il va toujours à la selle par

son anus artificiel, tandis qu'il ne rend par le rectum que quelques filaments muco-sanguinolents tous les quatre ou cinq jours.

Les douleurs ont complètement disparu, l'appétit est bon, et à part l'infirmité dont souffre encore le malade, l'état général est parfait.

Dans ce cas particulier, on s'est donc trouvé en présence d'une dysentérique ayant dans son *S* iliaque une véritable banquise stercorale permettant encore l'évacuation des fèces. L'anse sigmoïde se trouvait déjà par le fait de la dysentérie en état de moindre résistance et on s'explique ainsi plus facilement encore le processus inflammatoire dont elle a été le siège.

OBSERVATION XXV (Régnier).

H..., 60 ans, entre en juillet 1886, dans le service de M. le Dr Gangolphe, à l'hôpital de la Croix-Rousse, pour une affection inflammatoire de la fosse iliaque gauche ayant débuté douze ou quinze jours avant. On constate une tuméfaction siégeant à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, dans le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche et faisant saillie légère à la surface de la paroi abdominale. Rougeur à la peau. Ventre en bateau. Pas de phénomènes d'occlusion intestinale ni de vomissements. Coliques douloureuses. État nauséeux. Malade a maigri, cachectique, fébricitant.

On ordonne provisoirement cataplasmes, repos au lit et quelques lavements.

Au bout de deux ou trois jours, la douleur est toujours très vive et l'état général ne fait que s'aggraver. On intervient.

Incision parallèle de l'arcade crurale comprenant peau, tissu cellulaire sous-cutané, aponévrose et plan musculaire. On essaye d'abord de suivre la voie sous-péritonéale et d'arriver de cette façon sur la collection.

Malgré tous ses efforts, M. le professeur Gangolphe est obligé d'ouvrir le péritoine qui offre alors des cavités cloisonnées avec un liquide citrin et séro-purulent. En décollant quelques adhérences, on trouve une masse rouge violacée, recouverte d'exsudats fibrineux adhérents épais et sur la nature desquels on reste indécis.

Une ponction est faite dans cette tumeur avec une aiguille de Pravaz, elle ne ramène ni liquide, ni gaz.

L'impression de tous les assistants est qu'il s'agit d'un néoplasme avec phénomènes de péritonite et d'inflammation.

On met un drain et on fait un tamponnement à la gaze iodoformée. Les jours suivants, le malade paraît soulagé; il a quelques selles. La température assez élevée avec l'opération a notablement baissé. Pas de phénomènes de péritonite généralisée. Toutefois l'état général devient de plus en plus mauvais et le malade meurt en huit jours dans la cachexie et le marasme.

L'autopsie fut pratiquée et alors qu'on s'attendait à trouver une tumeur, on fut très surpris de ne rencontrer qu'une *S* iliaque indurée, violacée, entourée d'exsudats et de péritonite localisée ; le néoplasme n'était autre chose qu'une sigmoïdite.

OBSERVATION XXVI (Régnier).

Malade que M. le Dr Jaboulay eut à soigner en 1892 à l'Hôtel-Dieu.

Il s'agissait d'un Hongrois, sujet depuis longtemps à une constipation opiniâtre et se plaignant de vives douleurs dans le flanc gauche.

Il y avait en même temps des signes de péritonite.

Le malade était amaigri, presque cachectique, la bouche était sèche et la langue chargée. Au bout de quelques jours d'observation pendant lesquels on avait donné des lavements et fait des applications de glace sur le ventre, l'état général ne s'amé-

liorant pas et la péritonite persistant, l'intervention fut décidée.

M. le Dr Jaboulay pratiqua un anus contre nature sur la jonction du côlon et de l'S iliaque; cette opération montra un point du gros intestin qui était *ulcéré* et qui était la cause de la réaction péritonéale avoisinante. Celle-ci ne fut pas arrêtée, et le malade succombait huit jours après.

L'autopsie qui fut pratiquée montra qu'il n'y avait pas de néoplasme comme on l'avait supposé et qu'il ne s'agissait que d'une inflammation de l'S iliaque et du côlon descendant ayant entraîné une péritonite.

OBSERVATION XXVII (Galliard).

L... Henriette, 25 ans, cuisinière, est admise le 28 novembre 1896 dans le service de M. Galliard, à l'hôpital Tenon, salle Claude-Bernard, nº 12.

Père mort d'affection cérébrale; mère morte d'affection cardiaque.

A l'âge de 8 ans, la patiente a eu la fièvre typhoïde; à 24 ans, la grippe. Pas d'autre maladie sérieuse. Constipation habituelle. Pas d'affection gastrique.

Il y a deux mois, les règles ayant été supprimées à la suite d'un refroidissement, la malade souffrit de céphalalgie et de douleur au côté; un médecin appelé, lui prescrivit une purgation. Les dernières règles, peu abondantes, ont été accompagnées de douleurs lombaires. La période menstruelle était terminée depuis une douzaine de jours, lorsque la malade éprouva de vives douleurs abdominales.

Le médecin de la ville fit le diagnostic de métrite et conseilla l'entrée à l'hôpital.

Le 28 novembre (soir). — La température vaginale est de 39°1.

Le 29 novembre. — La malade est abattue, prostrée, avec les

yeux cerclés de noir et les traits tirés, se plaignant d'un violent mal de tête, de douleurs temporales et d'une sensation de constriction pénible. Elle accuse, en outre, une vive douleur au niveau de la fosse iliaque gauche; elle déclare que, depuis huit jours, elle n'a pas été à la selle, mais elle a émis des gaz par l'anus. Depuis deux jours, elle vomit les aliments solides et les boissons. Elle a la bouche sèche, la langue chargée. Température : 38°5. Pouls large.

L'utérus fournit un peu de sang.

En examinant la fosse iliaque gauche, on y constate une tumeur un peu moins grosse que le poing, sans contours absolument précis, peu mobile, paraissant faire corps avec l'*S* iliaque non fluctuante. Elle ne se laisse pas déprimer comme le ferait une masse stercorale. A son niveau, pas d'œdème de la paroi, pas de rougeur de la peau.

La palpation provoque de la douleur.

Pas de météorisme; aucun signe de réaction péritonéale. Pas de symptômes thoraciques. Pas d'albuminurie. En cherchant les phénomènes nerveux, on trouve de l'hémianesthésie droite.

S'agit-il d'une phlegmasie de l'*S* iliaque liée à la coprostase? S'agit-il d'une salpingite avec phlegmon iliaque et parésie de l'intestin ?

Le toucher rectal ne fournit aucun résultat. Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est sain et mobile, que les culs-de-sacs sont libres, que les annexes sont indemnes. Il faut donc admettre une *sigmoïdite aiguë* avec *périsigmoïdite*.

Lavement purgatif. Frictions chloroformées et laudanisées. Cataplasmes chauds. Régime lacté.

Le soir 38°6. Antipyrine, 1 gramme.

Le 30 novembre. — 38°5. Légère amélioration. Moins de céphalalgie, moins de prostration. Les vomissements ont cessé. Pas de garde-robes. Même état de l'abdomen. Encore un lavement.

Le soir 39°1. Antipyrine, 1 gramme.

Le 1^er décembre. — La métrorragie a cessé. La malade a pris un verre d'eau de Sedlitz. On constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Même état de la tumeur qui est peu douloureuse à la palpation : 38°1.

A 5 heures du soir, 38°3. Plusieurs selles molles.

Dans la soirée, la malade se met à vomir des mucosités. Elle éprouve un grand malaise ; on cherche l'interne de garde. Glace, eau de Seltz.

Le 2 décembre. — Amélioration 37°4

Les vomissements ont cessé. Scammonée 1 gramme. Le soir, 38°. Évacuations diarrhéiques, non purulentes.

Le 3 décembre. — 37°4. Douleurs péri-ombilicales. Encore des selles copieuses. La langue est chargée, saburrale. La tumeur diminue progressivement et devient mobile.

Le soir 38°1.

Le 4 décembre. — Encore un peu de mal de tête. Le tumeur a le volume d'un gros citron. Elle est plus facile à délimiter. Elle occupe la partie interne de la fosse iliaque et ne se sépare pas de l'intestin. Peu de douleur. La malade n'accepte plus le lait ; elle se plaint d'une soif vive. Bouillon. Limonade citrique ; 37°5 et 38°1.

Le 5 décembre. — 37° et 37°8. La malade a de la diarrhée. La langue est moins chargée. Peu de sensibilité du ventre. Je prescris des pointes de feu sur la région tuméfiée. Salicylate de bismuth 4 grammes. Je supprime la limonade.

Le 6 décembre. — 37°5 et 37°6.

Le 7 décembre. — 38° et 37°8.

Le 8 décembre. — 37°5 et 37°7.

Le 9 décembre. — 37°6 et 38°. La tumeur atteint encore le volume d'une mandarine. La diarrhée persiste au salicylate de bismuth, XX gouttes de laudanum et 2 grammes de teinture de ratanhia. La soif est toujours vive.

Le 10 décembre. — 37°5, et 37°6. Je prie le D^r Gérard

Marchand, mon collègue, d'examiner la malade. Ayant pratiqué la palpation et le toucher vaginal avec le plus grand soin, il déclare que l'utérus et les annexes sont complètement indemnes. D'après lui, comme d'après moi, *l'S iliaque est seule en cause.*

Le 11 décembre. — La malade commence à manger, diarrhée moindre. La température oscillera alors désormais entre 37° et 37°8.

Le 15 décembre. — La malade demande à se lever, mais elle manque de force. La diarrhée a cessé. La tumeur n'a pas encore complètement disparu.

Le 20 décembre. — L'état est satisfaisant, mais on perçoit encore dans la fosse iliaque gauche une tumeur grosse comme une noix qui roule sous le doigt. La malade quitte l'hôpital,

OBSERVATION XXVIII (Clamouse-Lejars).

Il s'agit d'une femme de 21 ans, primipare, très névropathe, qui avait eu une grossesse laborieuse, l'accouchement survint le *19 mai* 1900, fut difficile et long, et nécessita finalement une application de forceps. Les jours suivants, aucun accident ne se produit, la lactation s'établit régulièrement et sans fièvre. *Le 27*, au huitième jour, on trouve à la parturiente le facies mauvais; elle a souffert toute la nuit de violentes coliques, la céphalée est intense, le ventre ballonné, douloureux; il y a eu des vomissements, température 38°4. Craignant des complications puerpérales tardives, j'examine l'utérus, il remonte à quatre doigts au-dessus de la symphyse, l'écoulement lochial est faible et n'a pas d'odeur ; au toucher vaginal, l'utérus n'est pas douloureux, il est en bonne situation, il est un peu déchiré et *admet l'introduction de l'index.* Cet examen négatif me rassure et me surprend à la fois. En pressant la malade de questions on finit par découvrir qu'elle n'a pas eu de selles depuis l'accouchement; des lavements glycérinés restent sans résultat, et la fièvre montant toujours, on pratique le curage digital du

rectum ; pourtant le lendemain soir, la température et de 40°4 ; elle tombe à 37°6 après deux débâcles provoquées par des purgatifs huileux et des lavements répétés, mais elle remonte presque aussitôt à 40° ; la fosse iliaque gauche est spécialement douloureuse : on y fait appliquer dix sangsues, puis un vésicatoire.

On pense encore à la possibilité d'une origine utérine de ces accidents fibriles persistants, mais un nouvel examen ne révèle absolument rien d'anormal, et l'on doit conclure à un processus d'entéro-colite aiguë localisé particulièrement à l'*S* iliaque. Au huitième jour, la fièvre disparaît ; mais une récidive survient bientôt, au cours de laquelle on perçoit de nouveau une douleur aiguë dans la fosse iliaque gauche et une sorte de tuméfaction boudinée à ce niveau. Enfin tout s'efface et se résorbe et une franche convalescence s'établit.

OBSERVATION XXIX (Lejars).

Une dame d'une quarantaine d'années était admise en octobre 1904, pour des accidents attribués à un néoplasme ou à une tuberculose de l'*S* iliaque : elle était pâle, un peu jaune, très amaigrie ; constipée depuis longtemps, elle avait constaté, de temps en temps, la présence d'un peu de sang dans les selles ; en juillet une hémorragie plus abondante s'était produite à deux reprises, dans l'espace de trois jours ; depuis, l'écoulement hématique ne s'était pas reproduit, mais du pus avait été évacué, par l'anus, peu de temps avant. Le ventre n'était pas gros ; à droite on ne sentait absolument rien d'anormal ; mais dans la fosse iliaque gauche, on découvrait profondément une masse bombée dure, allongée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, et de contours mal définis ; quelques-unes des bombures semblaient mobiles, le reste était fixé et ne se déplaçait pas sous la main. On ne trouvait rien au toucher rectal, ni au toucher vaginal. J'admis la possibilité d'un processus néoplasique

de l'*S* iliaque, mais je ne m'arrêtai pas d'une façon complète à cette hypothèse, je prescrivis un régime d'entéro-colite et je demandai à revoir la malade au bout de quelque temps. Elle revint au bout de cinq semaines : les hémorragies n'avaient pas reparu ; les selles étaient abondantes, sous l'action de grands lavages rectaux ; il n'y avait plus de douleurs dans la fosse iliaque, on ne sentait presque plus l'induration et l'on pénétrait, sans obstacle, dans la profondeur, sans trouver de tuméfaction périsigmoïdienne.

Le régime fut continué, et au bout de quelques mois, la santé était redevenue parfaite, et la fosse iliaque gauche absolument libre.

OBSERVATION XXX (Michaux).

Le 18 janvier 1906, on amène dans mon service à l'hôpital Beaujon, salle Laugier, n° 14, une femme de 42 ans, ménagère, qui se plaint de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche, avec vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux et porracés.

L'intestin ne fonctionne plus que difficilement ; la constipation est opiniâtre, ne cédant qu'à plusieurs purgations d'huile de ricin et à des lavements répétés. Pas d'émission de gaz par l'anus.

La malade a vu en ville un médecin qui l'a mise à la diète hydrique, et l'a engagée à entrer à l'hôpital où il l'envoie avec le diagnostic de péritonite probable.

En l'interrogeant à son entrée dans le service, j'apprends que la maladie actuelle remonte à quatre semaines, et qu'elle a débuté par une perte assez abondante qui a duré près de huit jours, et qui a suivi un retard de près de deux mois considéré par la malade comme un commencement de grossesse (la malade est mère de dix enfants).

Je constate en outre qu'il n'y a pas de péritonite vraie ; le

ventre est déprimé, la paroi abdominale souple, couverte de vergêtures ; mais on sent nettement dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction longue de 8 centimètres environ, large de trois travers de doigt, très douloureuse à la palpation.

L'état général est loin d'être brillant ; si la température ne dépasse pas 38°, la malade est affaiblie, la respiration est gênée le pouls est petit, rapide, filant, aux environs de 110 ; la figure exprime la souffrance, les traits sont tirés, la langue blanche, saburrale, les urines plutôt rares et chargées.

Le toucher rectal et le toucher vaginal ne révèlent aucune lésion annexielle appréciable, l'utérus est un peu volumineux, mais mobile ; le col mou, légèrement entr'ouvert et effacé.

Je diagnostique une périsigmoïdite en faisant des réserves sur l'origine et le siège précis de ce phlegmon.

Nous tentons le refroidissement de cette inflammation par des vessies de glace, et pour combattre la petitesse du pouls, nous prescrivons une injection sous-cutanée d'un litre de sérum artificiel.

Le lendemain *19 janvier*, l'état est sensiblement le même, toujours inquiétant ; il n'y a aucune modification dans l'état du ventre. La malade a eu deux vomissements bilieux. Il n'y a eu ni selle, ni gaz évacués. Malgré le sérum, le pouls est toujours petit et fréquent, la température est cependant tombée à 37° .

Tout en faisant surveiller la malade de très près, et en attendant encore vingt-quatre heures, les préparatifs sont ordonnés pour l'opérer le lendemain s'il n'y a pas de changement.

Le 20 janvier. — L'état est toujours le même, plutôt plus grave ; la tuméfaction iliaque est plus apparente, je désire de ne pas attendre davantage et je procède à l'opération.

Anesthésie chloroformique à la compresse. Incision sur le bord externe du muscle droit du côté gauche, au niveau même de la tuméfaction.

La paroi abdominale incisée, le péritoine est ouvert sur une

niveau de la partie moyenne de la fosse iliaque et s'étend en avant du muscle psoas iliaque longeant un uretère sain, sans lésions ni calculs, accompagnant ainsi jusqu'au hile du rein les lymphatiques de l'ovaire.

En suivant en bas cette infiltration purulente, nous sommes conduits sur l'ovaire gauche dont le pôle périphérique est sphacélé, noirâtre, présentant une sorte de petite cavité purulente.

La trompe est un peu rouge, mais non augmentée de volume.

L'intestin est recroquevillé, semblable à un intestin de poulet, mais il n'y a aucune lésion intestinale.

M. Mauté, chef du laboratoire de Beaujon, a fait l'examen histologique de ces pièces, des coupes diverses ont été faites sur l'ovaire, l'uretère, le péritoine, l'*S* iliaque, le cœcum et l'intestin grêle.

Il nous a remis la note suivante :

L'*ovaire gauche* est de volume normal. Des coupes sont pratiquées suivant son grand axe pour en étudier la topographie à un faible grossissement. Elles montrent au centre trois abcès qui occupent la presque totalité du parenchyme. Le reste de l'organe n'est plus représenté que par une loque fibreuse, présentant elle-même entre quelques abcès miliaires une infiltration embryonnaire considérable autour des vaisseaux et de quelques follicules restants. La plupart des vaisseaux présentent des lésions de sclérose avancée.

La *trompe* du même côté serpente au-devant de l'ovaire auquel elle adhère. Elle est perméable dans toute son étendue et présente seulement des lésions de salpingite interstitielle atrophique.

L'*utérus* est augmenté de volume, congestionné et un peu mou.

Les *annexes* du côté opposé sont absolument sains. Il en est de même de l'intestin et du péritoine.

Des coupes pratiquées le long de l'*uretère* montrent également l'intégrité de cet organe. De plus, elles permettent de suivre le

processus de *lymphangite aiguë* suppurée, depuis l'ovaire jusqu'à l'abcès iliaque.

Le *rein gauche* présente outre des lésions anciennes de sclérose légère, des altérations récentes et extrêmement marquées de néphrite aiguë diapédétique et surtout dégénérative. Le rein droit n'avait pas été prélevé à l'autopsie.

En résumé,cet examen attentif démontre qu'il n'y a aucune lésion appréciable de l'intestin, et que, dans notre cas, il s'agit bien d'une *suppuration périsigmoïdienne d'origine génitale*, due à la propagation par les lymphatiques de l'ovaire d'une inflammation suppurée de cet organe.

L'examen anatomique en résumé nous a permis de démontrer dans ce cas l'existence d'une variété de périsigmoïdite aboutissant à la suppuration, et ayant son point de départ dans un abcès de l'ovaire.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une inflammation essentielle de l'*S* iliaque, la sigmoïdite et des suppurations développées dans le méso-sigmoïdien, les périsigmoïdites.

II. — A l'origine de la plupart des sigmoïdites on retrouve la constipation qui détermine au niveau du côlon pelvien des lésions irritatives à la faveur desquelles l'infection envahit les tuniques intestinales ; les lésions peuvent se cantonner à l'intestin (*sigmoïdites*)' mais, par continuité ou par voie lymphatique, l'infection peut s'étendre au péritoine voisin donnant lieu à des *périsigmoïdites intestinales* ; le même péritoine périsigmoïdien peut encore être envahi, les voies lymphatiques aidant, par des infections parties de l'appareil génital chez la femme, parties aussi, l'avenir le montrera, de l'appareil génital chez l'homme et des voies urinaires supérieures dans les deux sexes (*périsigmoïdites extra-intestinales*).

III. — La sigmoïdite simple se caractérise par une douleur iliaque gauche, accompagnée de constipation opiniâtre et par une tumeur mobile cylindrique en forme de boudin régulier ; la rectoscopie et l'insufflation fournissent des renseignements précieux.

La crise évolue généralement en cinq ou six jours.

A côté de la forme aiguë existe une forme chronique de la sigmoïdite simple.

IV. — La périsigmoïdite, quel que soit son point de départ, se traduit par des signes de péritonite localisée.

Elle peut se résoudre spontanément (*périsigmoïdite adhésive*) ou suppurer (périsigmoïdite suppurée).

Le phlegmon périsigmoïdien lui-même peut se résorber spontanément ; plus souvent il vient tomber à la surface de la fosse iliaque ou bien il s'ouvre dans l'anse sigmoïde et est évacué avec les selles.

V. — Le pronostic semble bénin, aucun cas de péritonite généralisée ou septique n'ayant été signalé. Mais il convient de faire des réserves ; mieux connues, la sigmoïdite et les périsigmoïdites entreront sans doute pour une part dans l'étiologie des péritonites graves qu'on rattache actuellement à l'appendicite.

VI. — A la sigmoïdite on supposera un traitement préventif, basé sur l'hygiène des constipés ; les évacuants et la glace constitueront toute la thérapeutique contre la crise de sigmoïdite.

On ne se pressera pas d'intervenir dans les périsigmoïdites, repos et glace amenant le plus souvent la résolution. Si des symptômes de suppuration apparaissent on interviendra par l'ouverture large et le drainage.

Vu : le Président de la thèse,
PAUL BERGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1875. Paulier. — Typhlite et périty phlite. *Thèse*, Paris.

1887. F. Glénard. — Entéroptose. Masson, Paris.

— Trastour, de Nantes. — Études sur la dilatation gastro colique commune. *Semaine médicale.*

— Schiefferdecher. — Arch. f. Anotomie u-Physiologie.

1889. Leube. — *Spec. Diagnose der inneren Krankheiten.*

1890. V. Samson. — Zur Kenntniss d. Flex. sigm. coli. *Inaug. Diss.* Dorpat.

1893. Mayor. — *Revue médicale de la Suisse romande* juillet.

1895. Yvan Letcheff. — De la colite muco-membraneuse chez les utérines. *Thèse*, Paris.

1897. Lucas-Championnière. — Appendicite et Typhlite. *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, p. 161.

— Beco. — La perméabilité de la paroi intestinale vis-à-vis des microbes de l'intestin. *Archiv. méd. expérim.*

— Galliard. — Un cas de sigmoïdite aiguë. *Soc. méd. des hôpitaux*, janvier.

1898. Boas. — Diagonistik u. Therapie der Darmranch S. 514.

— Régnier. — La sigmoïdite, *Thèse*. Lyon.

1901. Tuffier. — Hémodiagnostic de l'appendicite. *Semaine médicale*, page 209.

1902. Ewald. — Klinik der Verdauungskrankh III, S. 264.

— Marcille. — Lymphatiques et Ganglions iléo-pelviens. *Thèse*, Paris.

1903. Pierre Duval. — De la dilatation dite idiopathique du gros intestin.
Revue de chirurgie.

— Nothnagel. — Erkrankungen des Darms und des Peritoneums. 2. Auff. S. 126.

— Bittorf. — Berl. Klin. Wochenschr n° 7.

— Edlefsen. — Berl. Klin. Wochenschr, n° 48.

— Sreuber. — Die Recto-Romanoskopie. Berlin.

— Tuttle. — Treat. on diseases of. the ances, rectum and pelvie côlon. New-York.

1904. Lejars. — Sigmoïdite et Périsigmoïdite. *Semaine médicale*, 27 janvier.

— Tuffier. — Des abcès profonds de l'abdomen comme premier symptôme d'un cancer de l'intestin. *Semaine médicale*, 22 juin.

— Th. Rosenheim. — Ueber sigmoïditis.
Zeitschris fl. f. Klin. med. Berlin.

— *id.* Deutsche med. Woschenschr, n^{os} 11 et 12.

1905. Singer. — Wien. med. Woschench., 2 décembre.

— Pozzi. — Sur le traitement opératoire de certaines tumeurs stercorales. *XII° Congrès* de l'Asso. franç. de chirurgie.

— Tuffier. — Diagnostic des tumeurs de l'hypochondre droit. *Presse médicale*, 10 juin.

1906. Michaux. — Périsigmoïdite. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 7 mars et 4 avril.

— Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie, mars et avril.

Poirier. — Anatomie humaine.
Traités classiques.

Mayenne, Imprimerie Ch. COLIN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE